CONTRATO 2021 – 2020, CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD Y EL CONSORCIO MYSV - OINCO

INFORME MENSUAL No 1

V1

"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Movilidad | BOGOTÁ

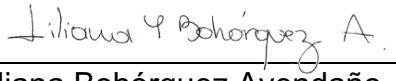
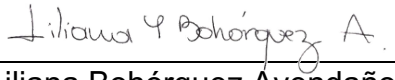
DEL 17 DE AGOSTO A 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021

BOGOTÁ D.C

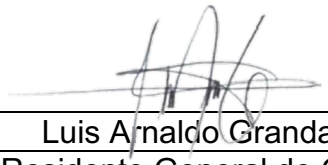
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE MODIFICACIÓN	FOLIOS
V0	09/17/2021	Versión Original	26 más anexos

ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

CONTRATISTA

Responsable de la elaboración	Revisado por	Aprobado por
		
Mauricio Prieto Martín	Liliana Bohórquez Avendaño	Liliana Bohórquez Avendaño
Coordinador de Obra	Directora de Obra	Directora de Obra

INTERVENTORÍA

Responsable de la Revisión	Aprobado por
	
Luis Arnaldo Grandas	Nelson Beltrán Mojica
Residente General de Obra	Director Interventoría

Contenido

1. Introducción
2. Información general del contrato de obra
3. Periodo de reporte
4. Estado de las pólizas del contrato (vigente/ en actualización)
5. Estado de avance del contrato
a. Registro Fotográfico organizado por ID donde se evidencie para un mismo punto y ángulo las condiciones antes y después de la implementación.
b. Gestión, avances y particularidades sobre los Planes de Manejo de Tránsito del Contrato de Obra
c. Aspectos técnicos, modificaciones surgidas en desarrollo de las actividades, problemas y soluciones adoptadas.
d. Reporte de las actividades realizadas en el corredor o corredores asignados.
e. Debe incluir reporte estadístico de las acciones ejecutadas por localidad e institución beneficiada, en este sentido es necesario que se incluyan las metas alcanzadas, el nombre y la dirección de los colegios beneficiados, la inversión realizada en implementación: Lo anterior debe estar soportado por registro fotográfico donde se evidencie la implementación o por el nombre del diseño (en el cual en la planta se debe identificar claramente la ubicación de la institución y sus puntos de acceso/salida) por PMT.
f. Reporte de los certificados de calibración y formatos de seguimiento al estado de los equipos y elementos de control de obra mínimos. Incluye la presentación en un anexo de los documentos soporte.
g. Reporte de la entrega de señalización implementada al almacén de la Entidad.
h. Reporte de la señalización retirada de vía y entregada al almacén de la Entidad.
6. Aspectos varios: actas, anexos e información adicional relacionada
7. Recursos utilizados por el contrato de obra
a. Personal
b. Equipo
8. VINCULACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE. Reporte que contenga las acciones desarrolladas en cada periodo con respecto al cumplimiento de la Directiva 001 de 2011
9. FACTOR SOCIAL. Reporte mensual de las actividades desarrolladas por en el componente social (con participación del Trabajador Social y con apoyo del personal técnico) en lo relacionado con la Socialización en la etapa previa a la implementación del contenido de los diseños programados a ejecutar y los resultados de, la entrega de la señalización implementada. También debe incluir el resultado de las actas de inspección realizadas en el período. Reporte del cumplimiento y acciones realizadas con respecto al tema de Seguridad Industrial.
10. Soporte de cumplimiento de la gestión de seguridad y salud en el trabajo.
11. Soporte de cumplimiento de protocolos de bioseguridad.
12. Soporte de implementación del plan de calidad
13. Copia de la inscripción en el aplicativo https://bogota.viajaseguroencuarentena.com/form_institution

o la que haga sus veces, en donde conste que se subió el plan de movilidad segura (PMS) y se relacionó todo el personal tanto mínimo como adicional.

14. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y JURIDICOS, entre los cuales se destaca el estado de las Pólizas del contrato de obra (vigente / en actualización).

15. Reporte de las planillas de pago del personal vinculado al contrato, por concepto de seguridad social (salud, pensión, ARL) y demás aportes legales y lo previsto en la Ley 100 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios, y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, correspondientes al mes de reporte.

16. ESTADO PRESUPUESTAL. Balance Presupuestal del Contrato.

17. Cuantificación de los elementos y dispositivos objeto de ponderación y su implementación

18. Soporte de cumplimiento a factores de selección en los que se obtuvo puntaje adicional en la oferta.

19. Comentarios, conclusiones y recomendaciones.

20. Anexos

1. Introducción

El **CONTRATO 2021 – 2020,** tiene por objeto el *"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C",* celebrado entre la Secretaría Distrital de Movilidad y CONSORCIO MYSV - OINCO.

A través del contrato y de acuerdo con los alcances establecidos en el mismo, El Contratista deberá desarrollar el objeto del Contrato de conformidad con las especificaciones y características técnicas señaladas en los Documentos del Proceso de Contratación No. SDM-LP-033-2021, los cuales hacen parte integral del contrato.

De conformidad con el proceso de selección adelantado, al Contratista corresponde adelantar las labores en la(s) siguiente(s) zona(s) o lote(s): LOTE 2-ORIENTE-NORTE.

El Contratista se obliga para con la Entidad a ejecutar, a los precios cotizados en la propuesta y con sus propios medios: materiales, maquinaria, laboratorios, equipos y personal, en forma independiente y con plena autonomía técnica y administrativa, hasta su total terminación y aceptación final acorde con las especificaciones descritas.

Para la ejecución del proyecto se requiere planear, programar y ejecutar las acciones necesarias para la instalación y/o implementación de la señalización vertical de pedestal y horizontal en las diferentes zonas de la ciudad de Bogotá D.C.

2. Información general del contrato de obra

Antecedentes

La Secretaría Distrital de la Movilidad como organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera de la Alcaldía Mayor a través del decreto 672 de 2018 el cual modifica la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Movilidad para ajustar el objeto y funciones generales señalados por la Entidad, conforme a el Estudio-Técnico Rediseño Institucional-SDM de Bogotá 2018.

De acuerdo al Decreto 672 de 2018, Capitulo 1 (Artículo 1) Objeto. La Secretaría Distrital de Movilidad tiene por objeto orientar y liderar la formulación de las políticas del sistema de movilidad para atender los requerimientos de desplazamiento de pasajeros y de carga en la zona urbana, tanto vehicular como peatonal y de su expansión en el área rural del Distrito Capital en el marco de la interconexión del Distrito Capital con la red de ciudades de la región central, con el país y con el exterior. (Artículo 2.) Funciones. La Secretaría Distrital de Movilidad, tiene las siguientes funciones básicas:

- Formular y orientar las políticas sobre la regulación y control del tránsito, el transporte público urbano en todas sus modalidades, la intermodalidad y el mejoramiento de las condiciones de movilidad y el desarrollo de infraestructura vial y de transporte.

- Fungir como autoridad de tránsito y transporte.

- Liderar y orientar las políticas para la formulación de los planes, programas y proyectos de construcción, mantenimiento y rehabilitación de la infraestructura vial y de transporte del Distrito Capital.

- Diseñar y establecer planes y programas de movilidad en el corto, mediano y largo plazo dentro del marco del Plan de Ordenamiento Territorial.

- Diseñar, establecer, ejecutar, regular y controlar, como autoridad de tránsito y de transporte, las políticas sobre el tránsito y el transporte en el Distrito Capital.

- Formular y orientar políticas sobre democratización del sistema de transporte masivo y público colectivo.
- Orientar, establecer y planear el servicio de transporte público urbano, en todas sus modalidades, en el Distrito y su área de influencia.

- Participar en el diseño de la política y de los mecanismos de la construcción y explotación económica de las terminales de transporte de pasajeros, de carga y de transferencia.

- Planear, coordinar y controlar la operación, entre otros mecanismos de seguridad vial, de la semaforización y señalización de los segmentos viales del Distrito Capital.

- Participar en la elaboración, regulación y ejecución del Plan de Ordenamiento Territorial, en la articulación del Distrito Capital con el ámbito regional para la formulación de las políticas y planes de desarrollo conjuntos, y en las políticas y planes de desarrollo urbano del Distrito Capital.
- Diseñar, establecer y ejecutar los planes y programas en materia de educación vial.
- Controlar, de conformidad con la normativa aplicable, el transporte intermunicipal en la jurisdicción del Distrito Capital.
- Administrar los sistemas de información del sector.

El Código Nacional de Tránsito Terrestre (CNTT – Ley 769 de 2002) establece las responsabilidades del mantenimiento y control de la señalización vial en las ciudades, tal y como se menciona en el artículo siguiente:

Código Nacional de Tránsito. Artículo 115… El Ministerio de Transporte diseñará y definirá las características de las señales de tránsito, su uso, su ubicación y demás características que estime conveniente. Estas señales serán de obligatorio cumplimiento para todo el territorio nacional.

Parágrafo 1º: Cada organismo de tránsito responderá en su jurisdicción por la colocación y el mantenimiento de todas y cada una de las señales necesarias para un adecuado control de tránsito que serán determinadas mediante estudio que contenga las necesidades y el inventario general de la señalización en cada jurisdicción.

Parágrafo 2º: En todo contrato de construcción, pavimentación o rehabilitación de una vía urbana o rural será obligatorio incluir la demarcación vial correspondiente, so pena de incurrir el responsable, en causal de mala conducta.

Código Nacional de Tránsito. Artículo 101 Como se refiere en el primer parágrafo del artículo 101, Siempre que deban efectuarse trabajos que alteren la circulación en las vías públicas, el interesado en tal labor obtendrá en forma previa la autorización correspondiente de la autoridad competente y señalizará el sitio de labor mediante la colocación de señales preventivas, reglamentarias e informativas que han de iluminarse en horas nocturnas.

El **CONTRATO 2021 – 2020,** tiene por objeto el *"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C", lote 2,* celebrado entre la Secretaría Distrital de Movilidad y CONSORCIO MYSV - OINCO.

Valor total del Contrato:	**$**	**17.829.038.350**
Duración:		**29 meses**
Fecha Inicio:		**17 de agosto de 2021**
Fecha de terminación		**16 de enero de 2024**

3. Periodo de reporte

El informe mensual de actividades correspondiente al período del (17 de agosto al 16 de septiembre de 2021) (primer mes de ejecución) del contrato SDM-2021-2020 cuyo objeto es:

"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

4. Estado de las pólizas del contrato (vigente/ en actualización)

N° Póliza NB- 100172083- Compañía Mundial de Seguros S.A. - Fecha Aprobación: 20/08/2021 POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			
AMPARO	**VIGENCIA DESDE**	**VIGENCIA HASTA**	**SUMA ASEGURADA/ACTUAL**
CUMPLIMIENTO	17/08/2021	16/07/2024	$ 5,348,711,505.00
PRESTACIONES SOCIALES	17/08/2021	16/07/2027	$ 3,565,807,670.00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO	16/01/2024	16/07/2024	$ 5,348,711,505.00
ESTABILIDAD DE LA OBRA	16/01/2024	16/07/2029	$ 5,348,711,505.00
N° Póliza NB- 100036498 - Compañía Mundial de Seguros S.A. - Fecha Aprobación: 20/08/2021 Responsabilidad Civil Extracontractual			
AMPARO	**VIGENCIA DESDE**	**VIGENCIA HASTA**	**SUMA ASEGURADA/ACTUAL**
Responsabilidad Civil Extracontractual	17/08/2021	16/01/2024	$ 891,451,917.50

5. Estado de avance del contrato

a. Registro Fotográfico organizado por ID donde se evidencie para un mismo punto y ángulo las condiciones antes y después de la implementación.

Las actividades realizadas en el periodo del presente informe de manera general fueron:

La primera entrega de diseños se envió al contratista en oficio CSVB–031–2021 del 19 de agosto de 2021 Entrega de Diseños No. 1. – Localidad de Santa Fé; EX_03_001_1841_17_V1, EX_03_066_1881_12_V2 y EX_03_070_1881_12_V2; el día 23 de agosto con el oficio CSVB–038–2021, se radico al contratista Entrega diseños corredor nuevo de la Kr 7 entre la calle 85 a la calle 32 "...Se solicita priorizar la intervención de este corredor, iniciando desde el costado norte del tramo hacia el sur, es decir, desde la Calle 85. Por lo cual, se requiere tramitar el Plan de Manejo de Tránsito de manera prioritaria…". El 25 de agosto de 2021 se radico al contratista con oficio CSVB-042-2021, Propuesta diseño de segregación planteada en la calzada oriental de la AK 7 entre CL 82 y CL 85. El día 2 de septiembre de 2021 se radico al contratista con oficio CSVB-INV-003-2021, Solicitud entrega de última versión de diseños correspondientes a la localidad de la Candelaria y Santa Fe. Donde se solicita la última versión de los siguientes diseños: EX_03_041_670_11, EX_17_034_1881_12, EX_17_036_1881_12, EX_17_001_1841_17, EX_03_065_1881_12, EX_03_071_1881_12, EX_03_076_1881_12,

EX_03_085_1881_12 y MV_02_280_941_09. El 9 de septiembre en oficio CSVB-INV-014-2021 se radicó al contratista entrega de última versión de diseños correspondientes a la localidad de la Candelaria y Santa Fe.

EL 25 de agosto de realizo la primera visita conjunta con interventoría al sector de prioridad de la calle 85 con carrera 7, donde se evidencio en campo que el diseño estaba desactualizado y por tal motivo no se continuo con el recorrido de todo el tramo y empezaron los recorridos a la localidad de Santa Fé, EX_03_001_1841_17_V1, EX_03_066_1881_12_V2 y EX_03_070_1881_12_V2. Después de cada recorrido en oficina se diligencio el formato de resultados donde se mencionan las garantías por cada CIV y por material, también se realiza el cálculo respectivo del presupuesto, para el comienzo de actividades.
Por ser tramo prioritario se comenzaron las actividades de obra en el sector de la calle 85 con la carrera 7 (intersección) en la jornada nocturna el día 1 de septiembre de 2021 y en el horario de 1 de la mañana a las 4:30 de la mañana obras de demarcación para acorde a la Implementación del diseño CPS_676_MV_01_04_V29, así como las actividades de solicitud de PMT y trámite correspondiente en la localidad de Santafé mediante el diseño EX_03_001_1841_17_V1, y la gestión social se especifica en el numeral 9 del presente informe.-.

Ver Anexo A (registro fotográfico)

b. Gestión, avances y particularidades sobre los Planes de Manejo de Tránsito del Contrato de Obra:

Se solicitó desde el principio de las actividades el PMT general, y cuando verificaron el diseño de la carrera 7 se tramito el primer PMT por emergencia, que salió en el horario de 1 de la mañana hasta las 4:30 de la mañana y al final del periodo del presente informe salió el PMT el 16 de septiembre para comenzar labores en el ID EX_03_001_1841_17_V1 en horario nocturno de 10 de la noche hasta las 5 de la mañana.

No.	ID	TRAMO	CODIGO	TIPO	FECHA DE RADICACIÓN	APROBACIÓN INTERVENTORIA Y ENVIO A SDM	FECHA DE APROBACIÓN SDM	COI	INICIO	FIN
	PMT GENERAL				**20/08/2021**	**27/08/2021**			22/09/2021	*13/09/2022*
1	***CPS_676_MV_01_04_V29***	*(KR 7 - CL 85) DEMARCACIÓN*	**PMT001**	**EMERGENCIA**	**27/08/2021**	**27/08/2021**	**31/08/2021**	EMERGENCIA	31/08/2021	14/09/2021

No.	ID	TRAMO	CODIGO	TIPO	FECHA DE RADICACIÓN	APROBACIÓN INTERVENTORIA Y ENVIO A SDM	FECHA DE APROBACIÓN SDM	COI	INICIO	FIN
2	***CPS_676_MV_01_04_V29***	*(KR 7 - CL 85) VERTICALES*	**PMT002**	**EMERGENCIA**	**01/09/2021**	**01/09/2021**	**09/09/2021**	EMERGENCIA	3/09/2021	*16/09/2021*
3	***EX_03_001_1841_17_V1***	*NEGACIÓN EMERGENCIA*	**PMT003**	**EMERGENCIA**	**03/09/2021**	EMERGENCIA NEGADA	**EMERGENCIA NEGADA**	EMERGENCIA NEGADA	EMERGENCIA NEGADA	EMERGENCIA NEGADA
4	***CPS_676_MV_01_04_V29***	*(KR 7 ENTRE CL 82 - CL 85) Y KR 7 CON CL 92 DEMARCACIÓN*	**PMT004**	**EMERGENCIA**	**06/09/2021**	**06/09/2021**	**06/09/2021**	EMERGENCIA	7/09/2021	*20/09/2021*
5	***EX_03_001_1841_17_V1***	*CL 4 hasta DG 7 Sur entre KR 3 y KR 11B E.*	**PMT005**	**NORMAL**	**09/09/2021**	**09/09/2021**	**17/09/2021**	COI_37_ 16/09/2021	17/09/2021	16/12/2021
6	***CPS_676_MV_01_04_V29***	*(KR 7 ENTRE CL 82 - CL 85) Y KR 7 CON CL 92 DEMARCACIÓN*	**PMT006**	**NORMAL**	**09/09/2021**	**09/09/2021**	**EJECUTADO POR PMT004**	EJECUTADO POR PMT004	EJECUTADO POR PMT004	EJECUTADO POR PMT004
7	***EX_03_066_1881_12_V2***	*CL 9C hasta la DG 3A y entre la KR 3 hasta la KR 8A.*	**PMT007**	**NORMAL**	**16/09/2021**	**16/09/2021**	**24/09/2021**	COI_38 23/09/2021	24/09/2021	23/12/2021
8	***EX_03_070_1881_12_V2***	*DG 3BISA HASTA CL 2BIS ENTRE KR 8 E Y KR 1 E*	**PMT008**	**NORMAL**	**16/09/2021**	**16/09/2021**	**24/09/2021**	COI_38 23/09/2021	24/09/2021	23/12/2021

No.	ID	PRIORIDAD	FECHA DE ASIGNACIÓN	SE AJUSTA A LOS CRITERIOS TECNICOS, NORMATIVIDAD EXISTENTE Y PROCEDIMIENTOS DE LA SDM	FECHA DE ACTUALIZACIÓN DEL PLANO RECIBIDO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN SEGÚN SIMUR	EL PLANO ACTUALIZADO CORRESPONDE A VERSIÓN MAS RECIENTE?	OTREOS PROYECTOS	PROYECTOS EN ZI	INSPECCIÓN INICIO	INSPECCIÓN FINAL	PMT
GENERAL	PMT GENERAL		-	SI	-	-	-			1-sep	3-sep	
PRIO-1	CPS_676_MV_01_04_V29		23/08/2021	SI	26/06/2020	22/09/2020	NO			-	-	NORMAL
1	EX_03_001_1841_17_V1		19/08/2021	SI	23/01/2020	SIN INFORMACIÓN	SI			1-sep	3-sep	NORMAL
2	EX_03_066_1881_12_V2		19/08/2021	SI	31/01/2019	4/12/2018	SI			6-sep	6-sep	
3	EX_03_070_1881_12_V2		19/08/2021	SI	1/02/2019	13/12/2018	SI			7-sep	7-sep	
4	EX_03_041_670_11_V3		9/09/2021	SI	18/12/2020	26/10/2020	SI					
5	EX_17_034_1881_12_V2		9/09/2021	SI	29/07/2019	26/04/2019	SI					
6	EX_17_036_1881_12_V2		9/09/2021	SI	26/08/2020	28/09/2020	NO					
7	EX_17_001_1841_17_V0		9/09/2021	SI	2/07/2019	SIN INFORMACIÓN	SI					
8	EX_03_065_1881_12_V2	1P	9/09/2021	SI	18/01/2019	23/11/2018	SI					
9	EX_03_071_1881_12_V1	2E	9/09/2021	SI	18/01/2019	4/12/2018	SI					
10	EX_03_076_1881_12_V2	3	9/09/2021	SI	6/02/2020	18/10/2019	SI					
11	EX_03_085_1881_12_V1	4	9/09/2021	SI	24/01/2020	8/11/2019	SI					
12	MV_02_280_941_09_V11	5	9/09/2021	SI	23/06/2021	21/05/2020	SI					

c. Aspectos técnicos, modificaciones surgidas en desarrollo de las actividades, problemas y soluciones adoptadas.

Para ID CPS_676_MV_01_04 V29 se inició la visita de inspección de recorrido a la zona de la carrera 7 entre la calle 85 a la calle 32 y se encontró que la versión que se entregó, no era la última versión y en comité y reuniones se determinó solo implementar un sector especifico, el cual fue en la calle 85 con carrera 7 y Av circunvalar el CIV 2000835 con un diseño especifico y de emergencia y a su vez se intervino los CIV 2000854 y CIV 2002518.

d. Reporte de las actividades realizadas en el corredor o corredores asignados.

ITEM	UND	DESCRIPCION	CANTIDAD
31	ML	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 15 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	358,6

ITEM	UND	DESCRIPCION	CANTIDAD
32	ML	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 20 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	72,3
33	ML	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 25 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	84,6
34	M2	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	449,8873
55	ML	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 12 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	358,6
56	ML	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 15 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	72,3
57	ML	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 20 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	84,6
58	M2	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	87,4765
59	M2	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales sin microesfera y espesor seco de mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	114,284
67	M2	Suministro y aplicación manual (método llana) de pintura de plástico en frio metilmetacrilato pigmentada (verde o naranja o rojo o azul) sin microesferas para marcas viales de espesor seco de 50 mils según norma NTC 4744, incluye pictogramas.	30,12
68	M2	Suministro y aplicación de antideslizante para marcas viales según norma NTC 2072	231,8805
70	UND	Suministro e instalación de tachas reflectivas según diseño con espigo de mínimo 5 cm. Cumpliendo con los coeficientes de intensidad luminosa de la NTC 4745 (Tabla 1).	282
75	UND	Suministro y anclaje de bordillo traspasable en resina poliéster de color amarillo con alta resistencia al impacto (Tipo piramidal, largo 40 cm, ancho de 15 cm y altura mínima de 8 cm de acuerdo con la figura 5-18 de la	70

ITEM	UND	DESCRIPCION	CANTIDAD
		Resolución 1885 de 2015). Incluye accesorios y materiales para fijación.	
80	UND	Suministro e instalación de delineador tubular simple (Hito - Figura 5-17A) construido en material sintético flexible de color amarillo con tres bandas de 7,5 cm en material reflectivo blanco tipo XI , altura mínima 70 cm, diámetro mínimo de 8 cm. Incluye accesorios y materiales para fijación.	20
100	M2	Borrado mecánico de marcas viales.	43,61

e. Debe incluir reporte estadístico de las acciones ejecutadas por localidad e institución beneficiada, en este sentido es necesario que se incluyan las metas alcanzadas, el nombre y la dirección de los colegios beneficiados, la inversión realizada en implementación: Lo anterior debe estar soportado por registro fotográfico donde se evidencie la implementación o por el nombre del diseño (en el cual en la planta se debe identificar claramente la ubicación de la institución y sus puntos de acceso/salida) por PMT.

Para esta zona y el periodo no aplica

f. Reporte de los certificados de calibración y formatos de seguimiento al estado de los equipos y elementos de control de obra mínimos. Incluye la presentación en un anexo de los documentos soporte.

Ver Anexo B

ELEMENTO	MARCA	SERIE / MODELO
Velocímetro		
Galgas para la verificación de espesores Húmedos	MYSV	
Medidor de espesores secos	Automation Dr. Nix	
Retrorreflectómetro Horizontal	ZEHNTNER	501886006 / ZRM6006
Lupa de Aumento de 80x	INSTEN	
Odómetro	REDLINE	

ELEMENTO	MARCA	SERIE / MODELO
Equipo para medir temperatura ambiente de la superficie para demarcar	REDLINE	PROFESSIONAL
Equipo para medir humedad relativa	KEX GERMANY	
Equipo para medir velocidad del viento	AMBIENT - WEATHER	WM-2
Equipo para medir punto de rocío	KEX GERMANY	

g. Reporte de la entrega de señalización implementada al almacén de la Entidad.

Para este periodo se llevaron al almacen los 100 maletines el 16 de septiembre de 2021 y se tramito el formato en conjunto con la interventoria y esta en proceso de firma, el cual se adjuntara en el acta de recibo parcial (corte mensual) No1 dentro de los soportes.

h. Reporte de la señalización retirada de vía y entregada al almacén de la Entidad.

Las actividades que se realizaron con relacion al retiro de una señal vertical se relacionara en el informe #2 con sus respectivos soportes y no se estan relacionando en el acta de recibo parcial No 1.

6. Aspectos varios: actas, anexos e información adicional relacionada

Presupuesto emergencia en la carrera 7 con calle 85 CPS_676_MV_01_04_V29

ITEM	DESCRIPCION	unidad	CANTIDAD	VALOR	VALOR TOTAL
15	Fabricación, suministro e instalación de delineador de obstáculo (Chevron) 90X40 cm, material reflectivo Tipo XI Amarillo limón fluorescente, película antigraffiti, en lámina galvanizada C-16 E=1,5 mm, pedestal en ángulo cumpliendo normatividad vigente.	UND	1	$ 296.069	$ 296.069
18	Fabricación, suministro e instalación de señal informativa SI-27 de 40x75 cm, material reflectivo tipo XI, película antigraffiti, en lámina galvanizada C-16 E=1,5 mm, pedestal en ángulo cumpliendo normatividad vigente.	UND	2	$ 253.139	$ 506.278

31	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 15 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	415	$ 1.224	$ 507.960
33	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 25 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	133,4	$ 1.874	$ 249.992
34	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	M2	304,058	$ 9.345	$ 2.841.422
55	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 12 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray)según norma NTC 4744	ML	415	$ 4.617	$ 1.916.055
57	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 20 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	ML	133,4	$ 7.758	$ 1.034.917
58	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	M2	82,699	$ 46.187	$ 3.819.619
59	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales sin microesfera y espesor seco de mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	M2	116,74	$ 41.997	$ 4.902.730
67	Suministro y aplicación manual (método llana) de pintura de plástico en frio metilmetacrilato pigmentada (verde o naranja o rojo o azul) sin microesferas para marcas viales de espesor seco de 50 mils según norma NTC 4744, incluye pictogramas.	M2	38,26	$ 74.176	$ 2.837.974
68	Suministro y aplicación de antideslizante para marcas viales según norma NTC 2072	M2	237,699	$ 3.663	$ 870.691
70	Suministro e instalación de tachas reflectivas según diseño con espigo de mínimo 5 cm. Cumpliendo con los coeficientes de intensidad luminosa de la NTC 4745 (Tabla 1).	UND	312	$ 11.955	$ 3.729.960
75	Suministro y anclaje de bordillo traspasable en resina poliéster de color amarillo con alta resistencia al impacto (Tipo piramidal, largo 40 cm, ancho de 15 cm y altura mínima de 8 cm de acuerdo con la figura 5-18 de la Resolución 1885	UND	78	$ 64.530	$ 5.033.340

	de 2015). Incluye accesorios y materiales para fijación.				
80	Suministro e instalación de delineador tubular simple (Hito - Figura 5-17A) construido en material sintético flexible de color amarillo con tres bandas de 7,5 cm en material reflectivo blanco tipo XI , altura mínima 70 cm, diámetro mínimo de 8 cm. Incluye accesorios y materiales para fijación.	UND	20	$ 71.000	$ 1.420.000
94	Retiro de tachones, hito o resaltos portátiles con su respectivo anclaje, incluye entrega en Patios de la SDM	UND	13	$ 4.061	$ 52.793
100	Borrado mecánico de marcas viales.	M2	37,59	$ 32.092	$ 1.206.338
VALOR TOTAL		$ 31.226.138			

7. Recursos utilizados por el contrato de obra

a. Personal

Para el periodo del informe el personal de obra es el siguiente

ÍTEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CC	CARGO
1	LILIANA YANNETH BOHÓRQUEZ AVENDAÑO	52.195.669	Directora de obra
2	ALBA ZULEIDY AVENDAÑO CIPAGUTA	1.053.608.571	Residente diurno
3	JORDANA FRANCISCA CAMARGO FRANCO	1.052.382.916	Residente nocturno
4	JEISSON NUÑEZ TRIANA	79.879.715	ESPECIALISTA DE TRANSITO
5	JHONNY FERNANDO RODRIGUEZ AMADO	1.023.864.307	Tecnólogo georreferenciación
6	JENIFER FRANCESCA CALDERON ANGEL	1030544130	Profesional social
7	RAMON ANTONIO LOSADA OSORIO	83.229.337	PROFESIONAL SST
8	PILAR ANDREA BALLESTEROS AGUIRRE	52.978.375	SECRETARIA
9	JUAN DAVID HERNÁNDEZ MALAGÓN	1.010.231.431	CONDUCTOR (NOCTURNO)

ÍTEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CC	CARGO
10	JOSÉ ORLANDO HERNÁNDEZ MALAGÓN	1.010.231.433	CONDUCTOR (DIURNO)
11	JHON EDUARD GALVEZ HURTADO	1.053.813.234	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN
12	RONALD ALEXANDER GARCIA DIAZ	19.221.524 - VENEZOLANO	OPERARIO
13	DARINEL GALLEGO JULIO	70.530.726	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN
14	CLEIVER YORVANYS RODRIGUEZ	15.109.515 - VENEZOLANO	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN
15	ALBERTO RODRIGUEZ	18.465.957	Operario de señalización

Para el presente periodo se trabajo con una sola cuadrilla ya que el ID era por emergencia y el horario del permiso estaba muy restringido cumpliendo con el mínimo de cuadrillas.

b. Equipo

VEHÍCULOS, MAQUINARIAS, Y EQUIPOS

Para el periodo del informe este es contamos con la siguiente base de datos de vehículos, maquinaria y equipos, teniendo como equipos mínimos con relación a la cuadrilla que ejecuto las actividades:

BASE DE DATOS DE VEHÍCULOS, MAQUINARIA Y EQUIPOS				
CLASE Y/O TIPO	MARCA	PLACA	LINEA	MODELO
CAMION FURGON	HYUNDAI	TRJ770	H100 PORTER	2012
CAMION FURGON	CHEVROLET	WHO 476	NKR	2015
POWRTWIN 8900 (1)	II	II	290018	NOV 07 - 2019
POWRTWIN 8900 (2)	II	II	290018	JUL 08 - 2019
POWRTWIN 8900 (3)	II	II	290018	JUL 08 - 2019

8. VINCULACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE. Reporte que contenga las acciones desarrolladas en cada periodo con respecto al cumplimiento de la Directiva 001 de 2011

Con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato con respecto a la vinculación de población vulnerable conforme a lo establecido en la Directiva 001 de 2011, a continuación, se presenta el reporte con las acciones desarrolladas a la fecha.

- El día 24 de julio del 2021, se solicita a LA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO orientación para realizar la publicación de la vacante de AUXILIAR DE OBRA y que los postulantes hagan parte de las bases de datos de beneficiarios del Distrito como población vulnerable.

- El día 25 de Julio del 2021, LA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO remite mediante correo electrónico el FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE PERFIL, de la vacante a publicar.

- El día 26 de Julio de 2021, se remite diligenciado el FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE PERFIL requerido, mediante correo electrónico (Anexo 1).

- El día 29 de Julio del 2021, mediante correo electrónico LA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO nos remite el Certificado de registro y publicación de la vacante (Anexo 2).

- El día 29 de Julio del 2021, LA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO nos remite trece (13) hojas de vida, con el perfil solicitado y se procede a realizar el filtro por parte del personal de recursos humanos.

- El día 30 de julio del 2021, se realiza el primer acercamiento con los candidatos vía llamada telefónica, evidenciando el interés de tan sólo ocho (8) candidatos, los cuales se relacionan a continuación.

NOMBRE	C.C
José Bianney Eulegelo Muaje	9.619.277
Juan Camilo Angulo Hurtado	1.086.727.624
Héctor Manuel Rodríguez Martínez	1.098.386.634
Camilo Alejandro Renteria Renteria	1.000.623.321
Jhorman Steeven Renteria Renteria	1.192.793.418
Karen Natalia Lobaton Cabezas	1.111.767.599
Cristian Danilo Poloche Briñez	1.026.592.005
Wilberto Domínguez Martínez	84.073.372

- De los candidatos restantes, tres (3) no contestan el teléfono y dos (2) no están interesados en el cargo.

- El día 02 de agosto del 2021, en horas de la mañana se citan a los ocho (8) candidatos interesados en el cargo para entrevista presencial en las instalaciones del Consorcio MYSV OINCO.

- El día 02 de agosto del 2021 en horas de la tarde, se realiza el primer filtro de selección de candidatos, de estos (4) cuatro cumplen con el perfil y están interesados en la oferta laboral, uno (1) se encuentra laborando y los otros tres (3) desistieron de la oferta.

NOMBRE	C.C	OBSERVACIÓN
José Bianney Eulegelo Muaje	9.619.277	Desistió de la oferta
Juan Camilo Angulo Hurtado	1.086.727.624	Desistió de la oferta
Héctor Manuel Rodríguez Martínez	1.098.386.634	Desistió de la oferta
Camilo Alejandro Renteria Renteria	1.000.623.321	Seleccionado
Jhorman Steeven Renteria Renteria	1.192.793.418	Seleccionado
Karen Natalia Lobaton Cabezas	1.111.767.599	Seleccionado
Cristian Danilo Poloche Briñez	1.026.592.005	Seleccionado
Wilberto Domínguez Martínez	84.073.372	Laborando

- El día 03 de agosto del 2021, personal del área de recursos humanos se comunicó mediante llamada telefónica con los aspirantes al cargo para informarles que continuaban en el proceso que estuvieran pendientes para el proceso de contratación.

- El día 16 de agosto del 2021, nuevamente desde el área de recursos humanos se comunicaron con los aspirantes seleccionados para finalizar el proceso de contratación, de los cuales dos (2) candidatos ya se encontraban laborando (Camilo Alejandro Renteria Renteria y Jhorman Steeven Renteria Renteria); el señor Cristian Danilo Poloche Briñez no respondió las llamadas telefónicas y la señora Karen Natalia Lobaton Cabezas, se encontraba fuera de la ciudad.

- Teniendo en cuenta lo anterior, el día 27 de agosto del 2021, se llamó en repetidas oportunidades a los números de teléfono publicados en la página de LA SECRETARÍA DISTRITAL DE DESARROLLO ECONÓMICO, no obstante, no fue posible la comunicación.

- El día 3 de septiembre de 2021, se remitió correo electrónico solicitando la base de datos del personal en condición de vulnerabilidad, en vista de que no se recibió respuesta alguna el día 29 de septiembre se solicitó nuevamente la base de datos por medio del correo electrónico (Anexo 3).

ANEXO 1

LEVANTAMIENTO DE PERFIL	
CARGO SOLICITADO	*AUXILIAR DE OBRA*
NÚMERO DE PUESTOS REQUERIDO	*10*
NIVEL EDUCATIVO MÍNIMO REQUERIDO Y AREA	*No requiere*
HORARIO DE TRABAJO	*Diurno /Nocturno*
RANGO DE EDAD	*No requiere*
TIEMPO DE EXPERIENCIA MINIMO EN EL CARGO EN MESES	*No requiere*
SALARIO EN PESOS O RANGO DEL SALARIO	*SMLV + PRESTACIONES DE LEY*
TIPO DE CONTRATO	*OBRA O LABOR*
CONOCIMIENTOS ESPECIFICO	*No requiere*
DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES	*Apoyo en el proceso de señailzación*
LUGAR DE TRABAJO	*LOCALIDAD DE SANTA FE, CANDELARIA, MARTIRES*
No. DE PERSONAS A CARGO	*NINGUNA*
OBSERVACIONES ADICIONALES	*SE SOLICITA PERSONAL EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD QUE TENGAN EL CERTIFICADO*
REQUIERE CITAR AL PERSONAL	*A ENTREVISTA*

ANEXO 2

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

Certificado de registro y publicación de vacante

Sin ampliación, 29 de julio de 2021

El prestador CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR- COLSUBSIDIO con Nit 8600073361, adscrita a la Red del Servicio Público de Empleo, CERTIFICA que, una vez consultado el sistema de información, la empresa MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S con Nit 8301228018 inscrita con el prestador desde el 13 de julio de 2015 ha registrado una vacante con código 1626269301-1, denominada AUXILIAR DE OBRA. La publicación de esta vacante se efectuó el día 29 de julio de 2021.

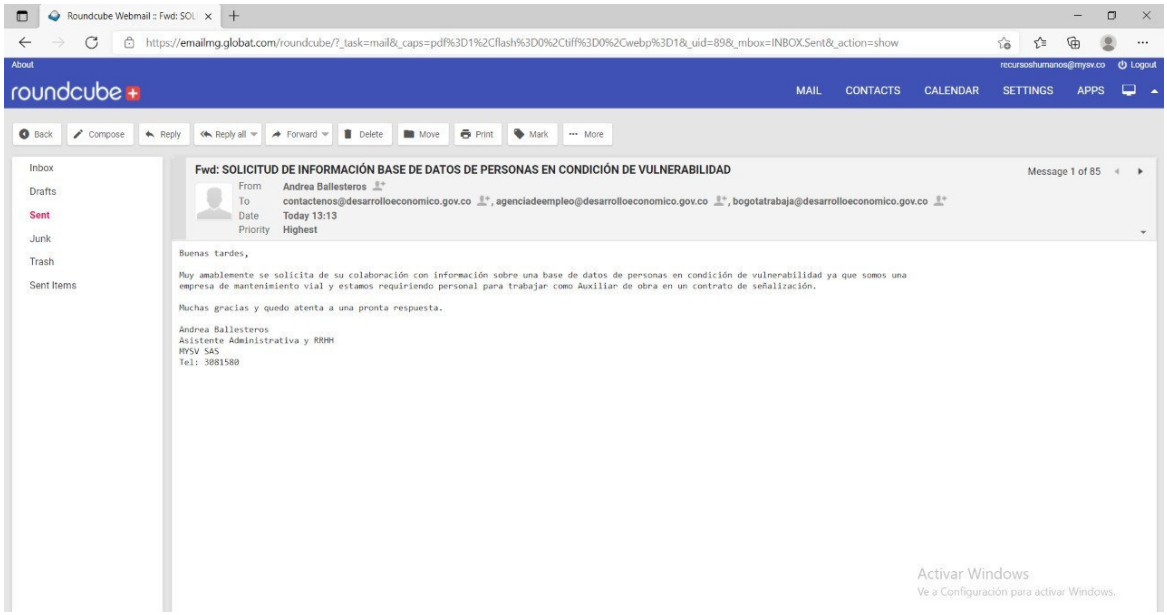
La vacante tiene las siguientes sedes asociadas:

MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S - COLSUBSIDIO - COLSUBSIDIO CARRERA 17

Se expide el presente, para que surta los efectos oportunos.

Servicio de Empleo

ANEXO 3


Roundcube Webmail :: Fwd: SOL
https://emailmg.globat.com/roundcube/?_task=mail&_caps=pdf%3D1%2Cflash%3D0%2Ctiff%3D0%2Cwebp%3D1&_uid=89&_mbox=INBOX.Sent&_action=show
About
recursoshumanos@mysv.co
Logout
roundcube
MAIL
CONTACTS
CALENDAR
SETTINGS
APPS
Back
Compose
Reply
Reply all
Forward
Delete
Move
Print
Mark
More
Inbox
Drafts
Sent
Junk
Trash
Sent Items
Fwd: SOLICITUD DE INFORMACIÓN BASE DE DATOS DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD
Message 1 of 85
From Andrea Ballesteros
To contactenos@desarrolloeconomico.gov.co, agenciadeempleo@desarrolloeconomico.gov.co, bogotatrabaja@desarrolloeconomico.gov.co
Date Today 13:13
Priority Highest
Buenas tardes,
Muy amablemente se solicita de su colaboración con información sobre una base de datos de personas en condición de vulnerabilidad ya que somos una empresa de mantenimiento vial y estamos requiriendo personal para trabajar como Auxiliar de obra en un contrato de señalización.
Muchas gracias y quedo atenta a una pronta respuesta.
Andrea Ballesteros
Asistente Administrativa y RRHH
MYSV SAS
Tel: 3081580
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

El empleo es de todos · Mintrabajo	PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02 Versión: 3.0 Fecha: Marzo 14 de 2019 Página 1 de 1

LA SUSCRITA COORDINADORA (E) DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRAMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ

A QUIEN INTERESE

HACE CONSTAR:

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del certificado de vinculación de trabajadores con discapacidad, se evidencia lo siguiente:

RADICADO:		28395 VUT
FECHA RADICADO:		12/08/2021
NOMBRE – RAZON SOCIAL:		MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL SAS
IDENTIFICACIÓN:		830122801-8

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	5
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: *(Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015), Decreto 0392/2018 Artículo 2.2.1.2.4.2.6.*	1
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA: *(Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997)*	0
D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA: *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con un decimal.*	0,00%

ADVERTENCIA: Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o preferencia en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención del puntaje adicional de la oferta verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al de la ejecución del contrato. Corresponderá a la entidad o empresa contratante verificar lo antes señalado, articulo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015, el Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control.CD01769

OBSERVACIONES: .....

La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al articulo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015

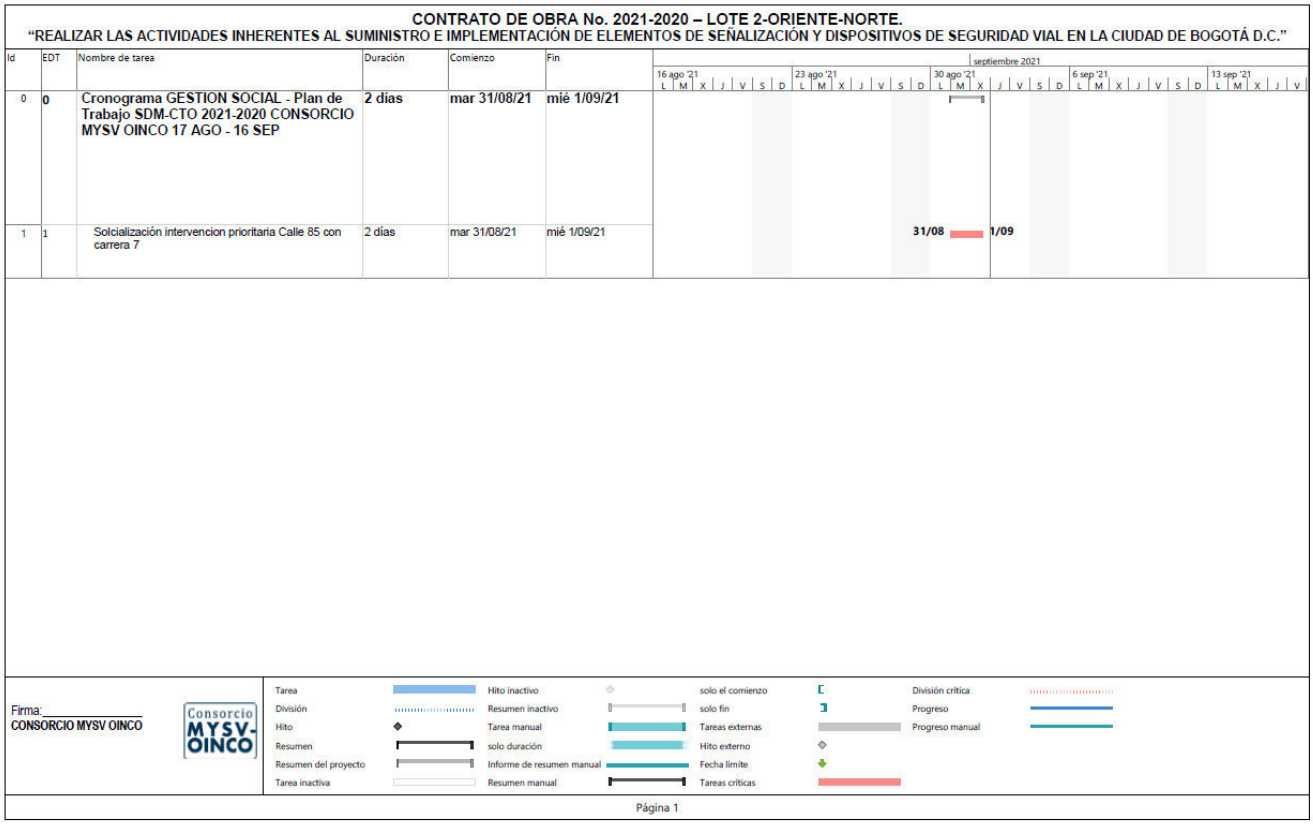
Dado en, Bogotá D.C. el lunes, 23 de agosto de 2021

NELLY CARDOZO SANABRIA

Verificó y Elaboró. A. Castañeda.

9. FACTOR SOCIAL. Reporte mensual de las actividades desarrolladas por en el componente social (con participación del Trabajador Social y con apoyo del personal técnico) en lo relacionado con la Socialización en la etapa previa a la implementación del contenido de los diseños programados a ejecutar y los resultados de, la entrega de la señalización implementada. También debe incluir el resultado de las actas de inspección realizadas en el período. Reporte del cumplimiento y acciones realizadas con respecto al tema de Seguridad Industrial.

El proceso de socialización en el sector de la calle 85 con carrera 7 se realizó el día 31 de agosto por parte de la trabajadora social donde diligenciaron los formatos de acta de reunión (socialización) PA01-PR01-F02 *Ver Anexo C*



CONTRATO DE OBRA No. 2021-2020 – LOTE 2-ORIENTE-NORTE.
"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

Id	EDT	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin
0	0	Cronograma GESTION SOCIAL - Plan de Trabajo SDM-CTO 2021-2020 CONSORCIO MYSV OINCO 17 AGO - 16 SEP	2 días	mar 31/08/21	mié 1/09/21
1	1	Solcialización intervencion prioritaria Calle 85 con carrera 7	2 días	mar 31/08/21	mié 1/09/21

Firma:_____
CONSORCIO MYSV OINCO

Página 1

10. Soporte de cumplimiento de la gestión de seguridad y salud en el trabajo.

10.1 PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL

10.1.1. INDUCCIONES SST

Se realizó inducción a todos los trabajadores, dentro de la cual se trataron los siguientes temas: Política de seguridad y salud en el trabajo, política de alcoholismo y tabaquismo, reglamento de higiene industrial, uso adecuado y obligatorio de EPP, SGSSI, plan de emergencias, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y notificación de riesgos y los exámenes de egreso:

ÍTEM	FECHA	EMPRESA	PARTICIPANTES
1	01-09-2021	CONSORCIO MYSV - OINCO	9
2	01-09-2021	O&R SEÑALIZACIONES S.A.S	5

Ver anexo: Inducción - SST

10.1.2. CHARLAS Y CAPACITACIONES SST:

Las Charlas, sensibilizaciones, socializaciones o actividades que se hacen diariamente, para orientar a todos los trabajadores en general sobre temas relacionadas con las actividades que se ejecutan en materia en SST y así contribuir con el bienestar de todos los trabajadores, para este mes se llevó a cabo las Charlas de SST:

ÍTEM	FECHA	TEMAS	PARTICIPANTES
1	07-09-2021	El uso y el buen uso de los elementos de protección personal	8
2	12-092021	La responsabilidad de los trabajadores en el uso de los elementos de protección personal	6

Ver anexo: Asistencia a charlas y capacitación - SST

10.1.3. INSPECCIONES DE SEGURIDAD:

Las inspecciones son realizas para identificar el buen estado o las posibles fallas que se puedan presentar en el elemento evaluar, y con esto dar los correctivos pertinentes, y garantizar que la herramienta/equipo están en buenas condiciones antes de su uso, las inspecciones se realizan de acuerdo al cronograma establecido por el SG-SST.

INSPECCIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	
INSPECCIÓN	FRECUENCIA
Inspección de Extintor	MENSUAL
Inspección de Botiquín	MENSUAL

INSPECCIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	
INSPECCIÓN	FRECUENCIA
Inspección de Equipos de Protección Personal (EPP)	MENSUAL
Inspección del Kit Ambiental	MENSUAL
Inspección de Vehículos	DIARIO

Ver anexo: Inspecciones de seguridad – SST

10.1.4. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:

Se suministraron los elementos de protección personal a cada trabajador, de acuerdo a las actividades a realizar, dando cumplimiento a la matriz de EPP, propuesta en el SG – SST. **ver anexo: Entrega EPP -SST:**

10.1.5. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – COPASST

Se encuentra en proceso de inscripción y formación del **COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – COPASST**

10.1.6. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Se encuentra en proceso de inscripción y formación del **COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL**

10.1.7. BRIGADAS DE EMERGENCIA

Se encuentra en proceso de inscripción y formación del **BRIGADAS DE EMERGENCIA**

10.1.8. INDICADORES DE SG-SST

Para este periodo se trabajo en obra los días 1 ,6, 7, 8, 9, 12 y 13 de septiembre. Teniendo en cuenta que el PMT aprobado fue con horario nocturno de 1 de la mañana a las 4:30 de la mañana de tal manera que se cumplió dentro del horario semanal permitido y los días permitidos.

INDICADORES MINIMOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - RESOLUCION 0312 DEL 2019	
No Accidentes	COMENTARIOS

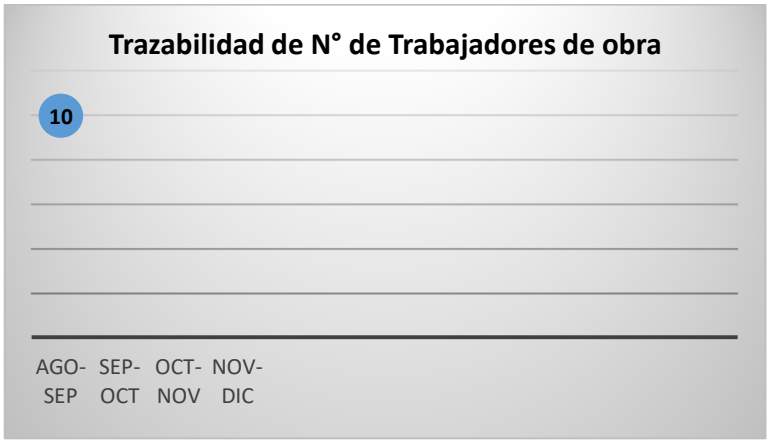
A.C.I.	A.S.I.	Mortales	TOTAL	FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD	
0	0	0	0	0	1. PARA EL PRIMER PERIODO NO SE REPORTO NINGUNA NOVEDAD DE ACCIDENTALIDAD

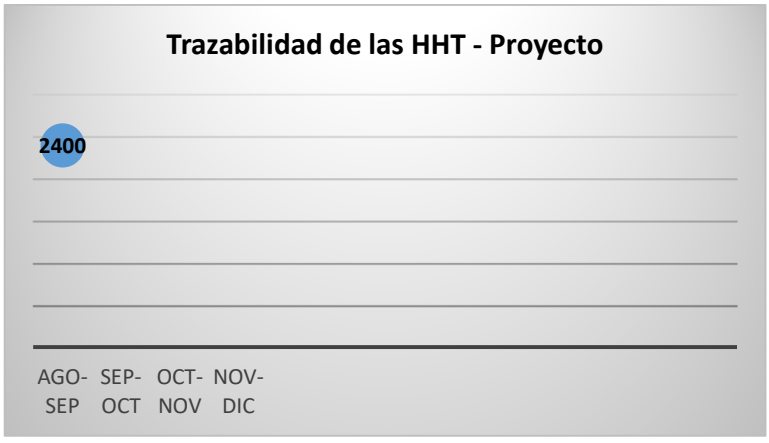
Días Perdidos por accidente de trabajo	Mas números días cargado en el mes por accidente de trabajo de meses anteriores	Días laborados en el periodo	Enfermedades Laborales Reportadas Nuevas	Enfermedades Laborales Antiguas	N.º de días perdidos por incapacidades medicas por consulta general y/o común	Promedio Trabajadores (P.T.)	Promedio de Horas Laboradas por días	HRS/Hombres Trabajadas (H.H.T.)
0	0	30	0	0	0	10	8	2.400

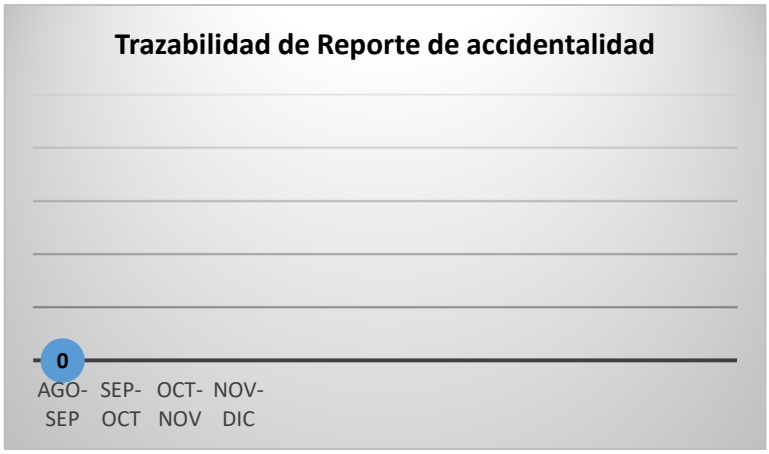
INDICES - RESOLUCIÓN 0312 DEL 2019				
SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD	PROPORCION DE ACCIDENTE DE TRABAJO MORTAL	PREVALENCIA DE LA ENFERM	INCIDENCIA DE LA ENFERM EDAD	AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA

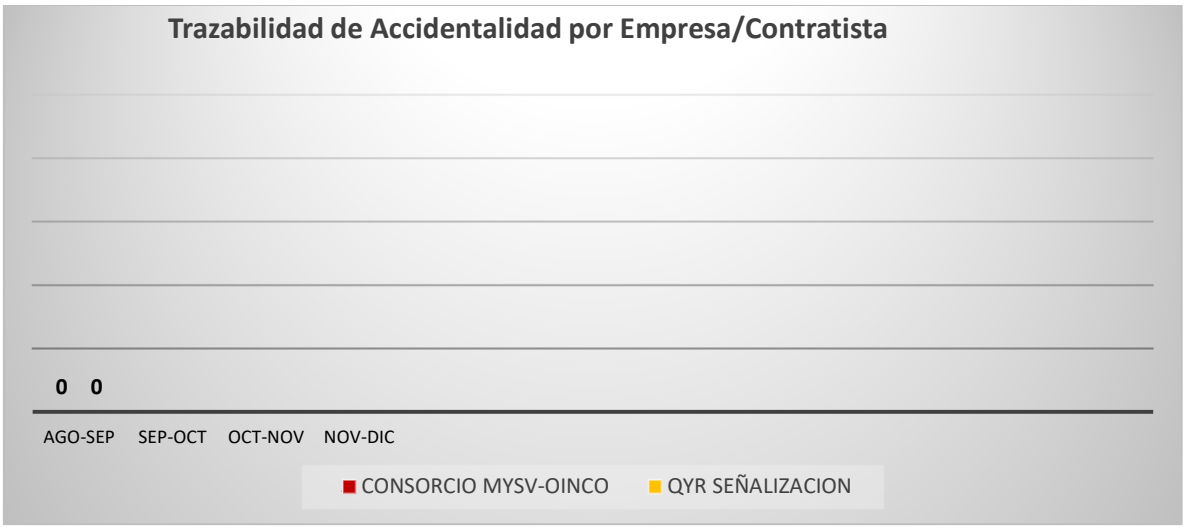
0	0	0	0	0

ESTADÍSTICAS DE SST EN LA OBRA









10.2. PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

10.2.1. EXÁMENES OCUPACIONALES:

Todo el personal que ingreso al contrato cuenta con exámenes médicos ocupacionales de ingreso dando cumplimiento a la matriz de exámenes ocupacionales, entre los que se encuentra el examen médico general y paraclínicos (visiometría, audiometría y osteomuscular).
Ver anexo: Exámenes médicos ocupacionales - SST

11. Soporte de cumplimiento de protocolos de bioseguridad.

Durante la ejecución del contrato 2021-2020 se oferto mediante el PAPSO Plan de Aplicación del protocolo sanitario por la administradora de riego, con el control de la toma de sintomatología

diario mediante el registro, y la toma de temperatura, la entrega de protector respiratorios (tapabocas), gel antibacterial, toallas desechables, y el lavamanos con su respectivo kit jabón líquido.

Durante el periodo NO SE HAN PRESENTADO NINGÚN CASOS POSITIVOS PARA REPORTAR, a la interventoría, EPS, ARL.

Ver anexo: Registro de declaración de salud - SST

12. Soporte de implementación del plan de calidad

Como se evidencio en el oficio MYSV-OINCO-005-2021 del 12 de agosto, se menciona que el seguimiento al plan de calidad se efectuara trimestralmente y se relaciono el formato con el cual vamos a hacer el seguimiento.

El plan de calidad se establece para cumplir con lo que se ha desarrollado dentro del Sistema de Gestión de Calidad, certificado por INTERNATIONAL CERTIFICATION AND TRAINING S.A. IC&T. bajo la norma ISO 9001:2015 y cuyo alcance es Fabricación, suministro, comercialización instalación y mantenimiento de sistemas y dispositivos de señalización y seguridad vial, industrial y arquitectónico.

Este sistema se basa en una estructura de proceso y su enfoque principal es la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo de la organización en general. Los elementos de entrada para dar cumplimiento al sistema de gestión durante el desarrollo del proyecto y a los cuales se ajusta este plan de calidad y son:

- Pliego de condiciones del proceso licitatorio.
- Contrato firmado por las partes
- Especificaciones del Contrato
- Anexo técnico
- Manuales, procedimientos e instructivos del SGC
- Legislación aplicable

Nuestros logros en el desarrollo de la calidad se medirán a través del cumplimiento de los siguientes objetivos:

OBJETIVO DE CALIDAD	FORMULA	META A CUMPLIR
Suministrar entrenamiento en el sistema de gestión de calidad al personal nuevo	$\frac{N° \ personas \ entrenadas}{N° \ personas \ nuevas}$	100%
Mantener las actividades del proyecto al día o adelantadas	$\frac{\% \ Avance \ Ejecutado}{\% \ Avance \ Proyectado}$	1
Lograr la satisfacción del Cliente	$\frac{\sum Calificaciones}{N° \ de \ Items \ Calificados}$	5

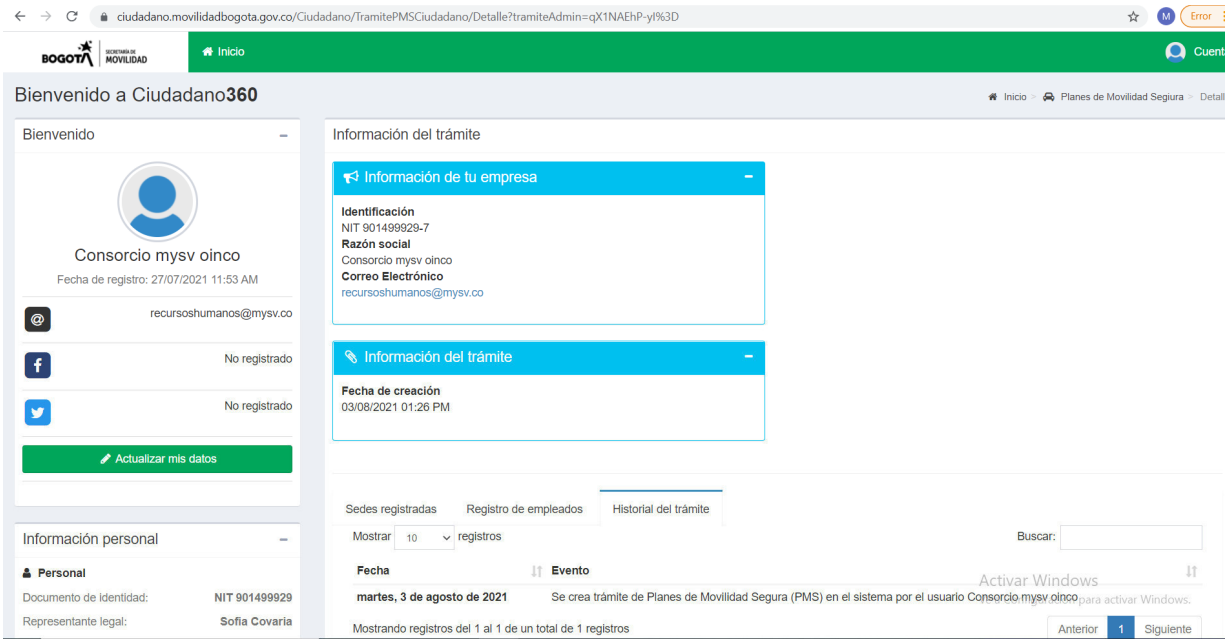
En el periodo de este informe se cumple con las metas.

Además de la política de calidad establecida en el Manual de Calidad la organización mantiene un alto compromiso en la prestación de servicios, buscando la satisfacción de nuestros clientes a través de un SGC integral que involucre:

- Trabajadores y contratistas, previniendo accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- La promoción de calidad de vida laboral
- La conservación de la integridad física de la empresa.
- La prevención de la contaminación del medio ambiente y los perjuicios a la comunidad, controlando la generación de impactos ambientales.

La empresa se compromete a suministrar los recursos necesarios y a cumplir con los requisitos legales vigentes y calidad buscando siempre el mejoramiento continuo de todos nuestros procesos. (En el periodo de este informe se cumple con la política de calidad).

13. Copia de la inscripción en el aplicativo https://bogota.viajaseguroencuarentena.com/form_institution o la que haga sus veces, en donde conste que se subió el plan de movilidad segura (PMS) y se relacionó todo el personal tanto mínimo como adicional



14. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y JURIDICOS, entre los cuales se destaca el estado de las Pólizas del contrato de obra (vigente / en actualización).

No aplica

15. Reporte de las planillas de pago del personal vinculado al contrato, por concepto de seguridad social (salud, pensión, ARL) y demás aportes legales y lo previsto en la Ley 100 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios, y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, correspondientes al mes de reporte.

Ver Anexo 6

Todo el personal que ingreso al proyecto durante el periodo cuenta con sus soportes de afiliación al SGSS (EPS; AFP, CCF y ARL), de igual manera el personal que se vinculó al proyecto pero que viene trabajando con las empresas contratistas, este cuenta con las planillas de pago de seguridad social al día.

Ver anexo: vinculaciones SGSSS del personal nuevo - SST

Ver anexo: Planillas SGSSS - SST

16. ESTADO PRESUPUESTAL. Balance Presupuestal del Contrato.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	**CDP** 1224 del 23 de febrero de 2021 por valor de ($ 19.810.000.000) **CDP** 12 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500) **CDP** 13 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500) **CDP** 12 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500) **CDP** 13 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500)
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	**CRP No.** 1691 Rubro 13301160449000007587 de 4 de agosto 2021 por valor ($2,829,999,937) **CRP No. 25** Rubro 13301160449000007587 de 5 de agosto 2021 por valor ($7,499,519,218) **CRP No.** 25 Rubro 13301160449000007587 de 5 de agosto 2021 por valor ($7,499,519,195)

Valor del Contrato =	$ **17.829.038.350**
Valor ejecutado obra en este periodo =	$ 30.289.935
Valor ejecutado Suministro en este periodo =	$ 31.284.800
Valor ejecutado Total en este periodo =	$ **61.574.735**
Valor pediente Por ejecutar =	$ **17.767.463.614**

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
31	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 15 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	$ 1.224	358,60	$ 438.926,40
32	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 20 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	$ 1.649	72,30	$ 119.222,70
33	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 25 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	$ 1.874	84,60	$ 158.540,40
34	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	M2	$ 9.345	449,89	$ 4.204.196,82
55	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 12 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por	ML	$ 4.617	358,60	$ 1.655.656,20

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
	pulverización o spray)según norma NTC 4744				
56	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 15 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	ML	$ 5.888	72,30	$ 425.702,40
57	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 20 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	ML	$ 7.758	84,60	$ 656.326,80
58	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	M2	$ 46.187	87,48	$ 4.040.277,11
59	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales sin microesfera y espesor seco de mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	M2	$ 41.997	114,28	$ 4.799.585,15

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
67	Suministro y aplicación manual (método llana) de pintura de plástico en frio metilmetacrilato pigmentada (verde o naranja o rojo o azul) sin microesferas para marcas viales de espesor seco de 50 mils según norma NTC 4744, incluye pictogramas.	M2	$ 74.176	30,12	$ 2.234.181,12
68	Suministro y aplicación de antideslizante para marcas viales según norma NTC 2072	M2	$ 3.663	231,88	$ 849.378,27
70	Suministro e instalación de tachas reflectivas según diseño con espigo de mínimo 5 cm. Cumpliendo con los coeficientes de intensidad luminosa de la NTC 4745 (Tabla 1).	UND	$ 11.955	282	$ 3.371.310,00
75	Suministro y anclaje de bordillo traspasable en resina poliéster de color amarillo con alta resistencia al impacto (Tipo piramidal, largo 40 cm, ancho de 15 cm y altura mínima de 8 cm de acuerdo con la figura 5-18 de la Resolución 1885 de 2015). Incluye accesorios y materiales para fijación.	UND	$ 64.530	70	$ 4.517.100,00
80	Suministro e instalación de delineador tubular simple (Hito - Figura 5-17A) construido en material sintético flexible de color amarillo con tres bandas de 7,5 cm en material reflectivo blanco tipo XI , altura mínima 70 cm, diámetro mínimo de 8 cm. Incluye accesorios y materiales para fijación.	UND	$ 71.000	20	$ 1.420.000,00
100	Borrado mecánico de marcas viales.	M2	$ 32.092	43,61	$ 1.399.532,12

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
				SUBTOTAL	$ 30.289.935,48
2S	Suministro de maletín plástico de base mínima de 50 cm por 200 cm y altura mínima de 100 cm, con material reflectivo tipo IV o superior color blanco.	UND	$ 100	312848	$ 31.284.800,00
				SUBTOTAL	$ 31.284.800,00
				TOTAL	$ 61.574.735,48

17. Cuantificación de los elementos y dispositivos objeto de ponderación y su implementación

Para este periodo no aplica

18. Soporte de cumplimiento a factores de selección en los que se obtuvo puntaje adicional en la oferta.

Dando alcance a este numeral se certifica que para este periodo se cumple con lo estipulado en el plan de calidad. (con el siguiente documento). Y en el anexo L se adjunta los certificados de calidad y los soportes de cumplimiento con relacion a espesores de materiales y retroreflexión, como soporte al plan de inspoección y ensayos.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
DEL PLAN DE CALIDAD DE OBRA

Yo, **JUAN JOSE LAMK BELTRAN**, identificado con cedula de ciudadanía Nº. 79.950.563, en mi condición de Representante Legal del **CONSORCIO MYSV – OINCO**, identificada con Nit 901.499.929-7, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá, certificó que el consorcio viene brindando cumplimiento al plan de calidad propuesto el 12 de agosto de 2021, con el radicado MYSV-OINCO-005-2021, para el desarrollo del proyecto "**REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C; DE LA ZONA SEGUNDA QUE CORRESPONDE EL SECTOR ORIENTE-NORTE CON LAS LOCALIDADES CHAPINERO, SANTAFÉ Y CANDELARIA**" durante el tiempo trascurrido del primer periodo desde el 17 agosto hasta el 16 septiembre de 2021.

El presente certificado se expide en Bogotá, D.C, a los veintinueve (29) días del mes de septiembre del año 2021, para trámite del informe mensual.

JUAN JOSE LAMK BELTRÁN
Firmado digitalmente por JUAN JOSE LAMK BELTRÁN
Fecha: 2021.09.29 16:00:06 -05'00'

JUAN JOSE LAMK BELTRAN
C.C. 79.950.563
Representante Legal
CONSORCIO MYSV-OINCO
NIT. 901.499.929 - 7
Cel. 3118667428

Consorcio MYSV-OINCO

Proyecto: RAMÓN ANTONIO LOSADA OSORIO, Profesional SST
Aprobó: LILIANA YANNETH BOHÓRQUEZ AVENDAÑO, Directora de obra

19. Comentarios, conclusiones y recomendaciones.

En el periodo del presente informe se presentarón cambios en los diseños entregados despues del 17 de agosto de 2021, donde se ejecuto como compromiso prioritario el diseño que se entrego en la callle 85 con carrera 7, se realizo el proceso respectivo para solicitar PMT general y tambien solicitud de PMT en la localidad de Santa Fe para dar comienzo a actividades el 17 de septiembre.

Se realizan los respectivos presupuestos y formatos de resultados de las visitas de inspección que se realizaron en el periodo del 23 de agosto a 16 de septiembre.

Ejecución de obra con rendimiento acorde con los horarios que salieron en el COI de emergencia.

Se necesita que para que se pueda agilizar los tramites de ejecicion de obras los diseños se entreguen en la última versión.

20. ANEXOS

ANEXO A REGISTRO FOTOGRAFICO

ANEXO B. CERTIFICADOS DE CALIBRACION

ANEXO C. GESTION SOCIAL - SOCIALIZACIÓN

ANEXO D. VEHICULOS Y MAQUINARIA (FORMATOS DE INSPECCION)

ANEXO E. ASISTENCIA A CHARLAS Y CAPACITACIONES

ANEXO F. INSPECCIONES DE SEGURIDAD

ANEXO G. ENTREGA DE EPP

ANEXO H. EXAMENES OCUPACIONALES

ANEXO I. REGISTRO DE DECLARACIÓN DE SALUD

ANEXO J. PLANILLAS SGSSS - SST

ANEXO K. VINCULACIONES SGSSS DEL PERSONAL NUEVO – SST

ANEXO L. CERTIFICADOS DE CALIDAD, SOPORTES Y FICHAS TECNICAS

Anexo A

REGISTRO FOTOGRÁFICO KR 7 CON CL 85	
ANTES	DESPUES
ANTES	DESPUES
ANTES	DESPUES

Anexo B

CONTRATO 2021 – 2020, CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD Y EL CONSORCIO MYSV - OINCO

INFORME MENSUAL No 1

V1

"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Movilidad | BOGOTÁ

DEL 17 DE AGOSTO A 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021

BOGOTÁ D.C

Consorcio MYSV-OINCO	GESTIÓN OPERACIONES Y PROYECTOS	Código:	Pagina: 1 de 1
	REGISTRO ESTADO DE ELEMENTOS PARA EL CONTROLDE OBRA	Versión: 03	Vigencia: 26/07/2021

FECHA DE REVISION	ELEMENTO	MARCA	SERIE / MODELO	FECHA CALIBRACIÓN	ACEPATDO		ESTADO	OBSERVACIONES
					SI	NO		
13/08/2021	Velocimetro			N/A			USADO	Se utilizara el velocimetro del vehiculo que transporta los materiales su verificación se realizara cuendo el vehiculo tenga su respectiva revision periodica con el consecionario
13/08/2021	Galgas para la verificación de espesores Húmedos	MYSV		N/A			USADO	Estos elemntos son de consumo se desgastan y se desechan y se reemplazan por uevas periodicamente
13/08/2021	Medidor de espesores secos	Automation Dr. Nix		N/A			USADO	En el manual del equipo se menciona que……" No se requiere calibración con rápido reconocimiento de botones y cambiar a metales no ferrosos" Excelente calidad. Fabricado en Alemania
13/08/2021	Retrorreflectómetro Horizontal	ZEHNTNER	501886006 / ZRM6006	1/08/2021			USADO	
13/08/2021	Lupa de Aumento de 80x	INSTEN		N/A			NUEVO	
13/08/2021	Ódometro	REDLINE		N/A			NUEVO	
13/08/2021	Equipo para medir temperatura ambiente de la superficie para demarcar	REDLINE	PROFESSIONAL	N/A			NUEVO	Garantia total del fabricandte
13/08/2021	Equipo para medir humedad relativa	KEX GERMANY		13/09/2021			NUEVO	
13/08/2021	Equipo para medir velocidad del viento	AMBIENT - WEATHER	WM-2	N/A			NUEVO	ANEMOMETRO DIGITAL - En Colombia no existe un laboratorio que realice la la calibracion de este equipo se aplicara la garantia de fabrica y el equipo es nuevo
13/08/2021	Equipo para medir punto de rocio	KEX GERMANY		13/09/2021			NUEVO	

4. TRAZABILIDAD

El LABORATORIO DE METROLOGÍA FYH S.A.S., Asegura el buen manejo de los patrones utilizados en la calibración, manteniendo la trazabilidad al sistema internacional de unidades (SI).

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO INTERNO	CERTIFICADO NÚMERO	FECHA DE CALIBRACIÓN	CALIBRADO POR:
Termohigrómetro Patrón - Sensor de referencia	LMTH-002 / LMTH-004	CIMEV/2049HT/18	2018-08-30	CIMEV DE MEXICO S.A.
Termohigrómetro Patrón - Sensor de referencia	LMTH-002 / LMTH-003	CIMEV/2049HT/18	2018-08-30	CIMEV DE MEXICO S.A.
Cámara Climática	LMTH-011	7410 M	2020-11-23	METROLOGIC COLOMBIA
Termohigrómetro	LMTH-006	TAM-3942 HUM-3942	2019-08-13	LABORATORIO DE METROLOGÍA FYH

5. INCERTIDUMBRE

La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y la probabilidad de cobertura, la cual debe ser aproximada al 95% y no menor a este valor. La incertidumbre estándar de medición se ha determinado a partir de los componentes de las incertidumbres de los patrones de medición, del método de calibración y de las contribuciones del propio instrumento calibrado conforme al procedimiento TH-007 para la calibración de medidores de temperatura ambiente y la Guía para la expresión de la Incertidumbre de Medida (GUM).

6. OBSERVACIONES

NINGUNA.

NOTAS

- Al instrumento se le adhiere un sticker de calibración expedido por el LABORATORIO DE METROLOGÍA FYH S.A.S., En el cual se registra el nombre del laboratorio, fecha de calibración, número de certificado y el número de identificación asignado al instrumento.
- Los resultados se relacionan solamente con el ítem sometido a calibración.
- El LABORATORIO DE METROLOGÍA FYH S.A.S., No se responsabiliza por daños que puedan presentarse por el uso inadecuado del instrumento.

FIN DEL CERTIFICADO

www.laboratoriofyh.com
Carrera 73B No. 64F - 64 • Bogotá, D.C. - Colombia
PBX: 071 - 434 4681 / 350 838 1847 / 350 860 5416
labmetrologiafyh@gmail.com / comercialfyh@gmail.com / comercial2fyh@gmail.com

ACREDITADO ONAC
ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE COLOMBIA
ISO/IEC 17025:2017
18-LAC-028

LABORATORIO DE METROLOGÍA FYH S.A.S.
CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN

LABORATORIO DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA

CERTIFICADO No. TAM-11612

FECHA DE CALIBRACIÓN: 2021-09-13

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	
SOLICITANTE:	CONSORCIO MYSV OINCO
DIRECCIÓN:	CALLE 163 D // 5 A - 25
CIUDAD:	BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL INSTRUMENTO CALIBRADO	
INSTRUMENTO:	TERMOHIGRÓMETRO DIGITAL
MARCA:	KEX GERMANY
MODELO:	SH-172
SERIE No:	NO REPORTA
CÓDIGO DE INVENTARIO:	NO REPORTA
No. DE IDENTIFICACIÓN:	034694
INTERVALO DE INDICACIÓN:	-10 °C a 50 °C
RESOLUCIÓN:	0,1 °C
FECHA DE RECEPCIÓN:	2021-09-09
NUMERO DE PÁGINAS DE ESTE CERTIFICADO:	**(3) TRES**

Este certificado de calibración sólo puede ser difundido completamente y sin modificaciones. Las modificaciones requieren la autorización del laboratorio de calibración otorgante. Certificado sin firma carece de validez.

Este certificado es emitido de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017 (Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración).

Los resultados que contiene el presente certificado hacen referencia al momento y condiciones en que se realizó la calibración.

FIRMAS AUTORIZADAS:

FECHA DE EMISIÓN: 2021-09-15

CALIBRADO POR:

CARLOS ANDRES DIAZ M.
METRÓLOGO

APROBADO POR:

Oscar Grazt

OSCAR FERNANDO GRAZT
COORDINADOR TÉCNICO

www.laboratoriofyh.com
Carrera 73B No. 64F - 64 • Bogotá, D.C. - Colombia
PBX: 071 - 434 4681 / 350 838 1847 / 350 860 5416
labmetrologiafyh@gmail.com / comercialfyh@gmail.com / comercial2fyh@gmail.com

LABORATORIO DE METROLOGÍA FYH S.A.S.

CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN

CERTIFICADO No. TAM-11612

1. PROCEDIMIENTO DE CALIBRACIÓN

Para la calibración de termómetros ambientales, se empleó el método de comparación directa con patrones de temperatura, siguiendo los lineamientos del procedimiento TH-007 para la calibración de medidores de temperatura ambiente.

2. CONDICIONES AMBIENTALES

Se presenta el promedio y la variación de las condiciones ambientales durante la calibración

TEMPERATURA AMBIENTE (ºC)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
20,3 +/- 1,7	49 +/- 7

3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA CALIBRACIÓN

INDICACIÓN PROMEDIO DEL PATRÓN (ºC)	INDICACIÓN PROMEDIO DEL IBC* (ºC)	CORRECCIÓN (ºC)	INCERTIDUMBRE (± ºC)	FACTOR DE COBERTURA (k)
15,1	14,5	0,6	0,6	2,0
25,0	24,9	0,1	0,6	2,0
35,0	35,5	-0,5	0,7	2,0

* IBC: Instrumento bajo calibración

FACTOR DE CONVERSIÓN ENTRE UNIDADES:

Temperatura del patrón acorde a la ITS-90, Escala Internacional de Temperatura de 1990.

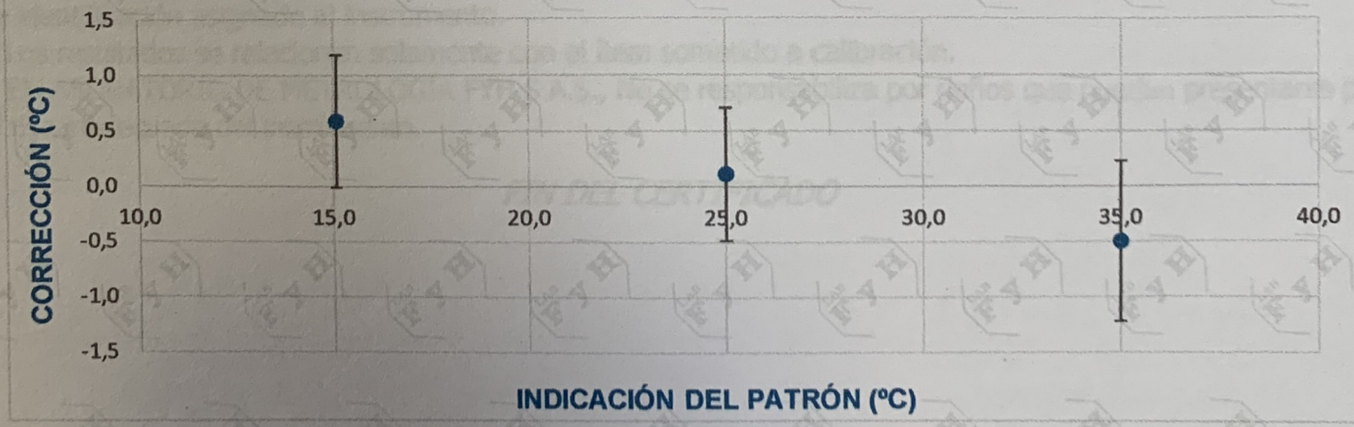
kelvin
K = ºC + 273,15

grado Celsius
ºC = (5/9) * (ºF - 32)

grado fahrenheit
ºF = (9/5) * ºC + 32

Se emplean los factores de conversión del documento NIST special publication 811:2008 Anexo B9.

GRÁFICA DE LOS RESULTADOS DE LA CALIBRACIÓN



www.laboratoriofyh.com
Carrera 73B No. 64F - 64 • Bogotá, D.C. - Colombia
PBX: 071 - 434 4681 / 350 838 1847 / 350 860 5416
labmetrologiafyh@gmail.com / comercialfyh@gmail.com / comercial2fyh@gmail.com

Anexo C

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE MOVILIDAD	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN (SOCIALIZACION)		
	CÓDIGO: PA01-PR01-F02	Versión 1.0	

TEMA: Socialización de acciones de señalización vial con la comunidad		
FECHA: 31/08/2021	HORA	11:00 am

1. ASISTENTES

NOMBRE	ENTIDAD/DEPENDENCIA
Uriel Tole	Edificio Coral 1
Samuel Moreno	Moreno Edificio Coral 2
David Santa María	Edicion Sperlonga
	Edificio La Cumbre
William García	Edificio Los Pirineos
Jose Manuel Romero Otros	Edificio Seguros del estado

2. ORDEN DEL DÍA

- Presentación del contratista
- Horarios de intervencion y tiempo de intervención
- Acciones a desarrollar
- Inquietudes de la comunidad
- Cierre

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE MOVILIDAD	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN (SOCIALIZACION)		
	CÓDIGO: PA01-PR01-F02	Versión 1.0	

TEMA: Señalizacion vial (Socializacion a la comunidad de las obras.		
FECHA: 31 Agosto 2021	HORA	11:00 am

3. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se realiza la socialización a la comunidad acerca de los trabajos de señalizacion horizontal que se van a desarrollar, horarios de intervencion, Presentacion del Contratista y demas acciones a implementar.

Id → CPS_676_MV_01_04_V29

3.1 COMPROMISOS	3.2 RESPONSABLES	3.3 FECHAS
Ninguno	/	/

APROBADO Nombre	Entidad	Firma
Uriel Tole	Coral 1	
Samuel Moreno	Edificio Coral 2	
David Santamaria	Sperlonga	Jesson Santamaria
Jose Reyes	Edificio Olimpo	
	Torre 85 edificio	EDIFICIO TORRE 85 Porteria
	Edifico La Cumbre	Desabilitado
Williangarcia.	Edificio los Pirineos	

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE MOVILIDAD	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN (SOCIALIZACION)		
	CÓDIGO: PA01-PR01-F02	Versión 1.0	

TEMA: Socialización de obras de señalización a la comunidad		
FECHA:	HORA	12:30

1. ASISTENTES

NOMBRE	ENTIDAD/DEPENDENCIA
Erika Rico	Papa Jonhs Pizza
Cecilia Urrea	Edificio Metropolitana
Sonia Roncancio	Centro Nacional de Consultoría
Jimmy Morales	Edificio Avenida 82.
Leonardo Quintero	Edificio San José Torre A
Benjamin Madrid	Edificio Saturno

2. ORDEN DEL DÍA

- Saludo
- Presentación del contratista.
- Horarios de intervención y tiempo de intervención
- Acciones a desarrollar
- Inquietudes de la Comunidad
- Cierre.

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE MOVILIDAD	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN (SOCIALIZACION)		
	CÓDIGO: PA01-PR01-F02	Versión 1.0	

TEMA: Señalizacion vial		
FECHA: 31- Agosto / 2021	HORA	11:30 pM

3. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se socializa a la comunidad las intervenciones de señalizacion Vial horizontal q' se van a implementar en el sector con el objetivo de mejorar la seguridad vial

Id → CPS_676_MV_01_04_V29

3.1 COMPROMISOS	3.2 RESPONSABLES	3.3 FECHAS

APROBADO

Nombre	Entidad	Firma
Jose Manuel Romero	Seguros del estado	
Erika Rico	Pizza Papa Johns	
Cecilia Urrea	Edificio Metropolitana	Cra 7 #81-26
Sonia J Rancancio	Centro nacional Consultoria	cll 8276
Jimmy Morales	Edificio Avenida 82	
Leonardo Quintero	San Jose Torre A	82
Defensoría Madrid	Edificio Saturno	

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE MOVILIDAD	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN (SOCIALIZACION)		
	CÓDIGO: PA01-PR01-F02	Versión 1.0	

TEMA: Socialización de obras de señalización vial con la comunidad		
FECHA: 31/ Agosto / 2021	HORA	2:00 PM

1. ASISTENTES

NOMBRE	ENTIDAD/DEPENDENCIA
Olimpo Torres	Edificio Apto El retiro
Maria Isabel Mahecha	Edificio Saturno Centro

2. ORDEN DEL DÍA

- Saludo
- Presentación del contratista
- Horarios de intervencion y tiempo de ejecución
- Acciones a desarrollar.
- inquietudes de la comunidad
- Cierre

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE MOVILIDAD	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN (SOCIALIZACION)		
	CÓDIGO: PA01-PR01-F02	Versión 1.0	

TEMA: Socialización obras de señalización vial con la comunidad		
FECHA: 31/ Agosto / 2021	HORA	2.00 PM

3. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se realiza la socialización de las obras de señalización a desarrollar, tiempo de intervención y horarios del Id. Ubicado en la Carrera 7 con Calle 85, Además se realiza la Presentación del contratista y se atienden inquietudes de la comunidad Id CPS_676-MU-01-04-V29

3.1 COMPROMISOS	3.2 RESPONSABLES	3.3 FECHAS
Ninguno	/	/

APROBADO		
Nombre	**Entidad**	**Firma**
admonaptoselretiro@gmail.com Marisela María Isabel Mahecha	Edificio apto el retiro Olimpo Torres Edificio centro Saturno	Olimpo Torres

RECIBIDO CENTRO SATURNO

RECIBIDO

Escaneado con CamScanner

Anexo D

E&S SAS

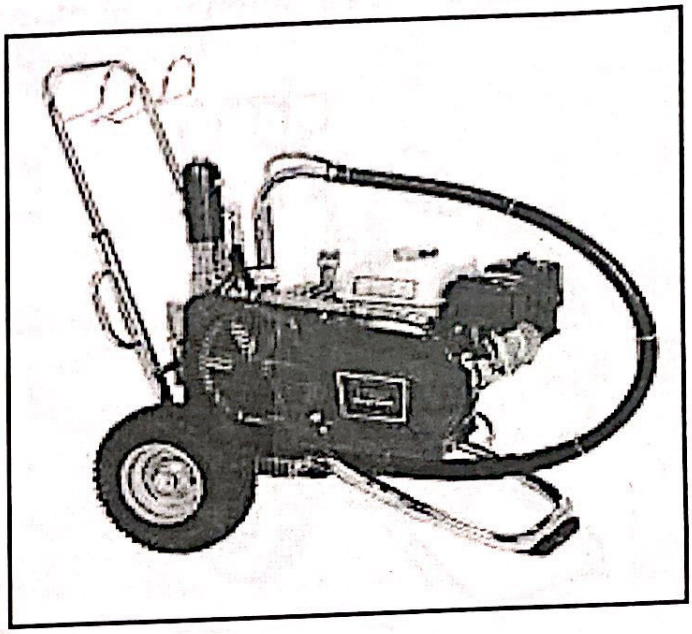
EQUIPMENT & SERVICES S.A.S.

ENTREGA DE EQUIPOS NUEVOS

CLIENTE	Q&R SEÑALIZACIOES SAS
NIT	901300235-1
DIRECCION	CL 62 B No 70-35 SUR
TELEFONO	3102431637
CONTACTO	ING OBDULIO QUIROGA
EMAIL	obdulio20@hotmail.com

MAQUINA	POWRTWIN 8900
REFERENCIA	290018
NUMERO DE SERIAL	1939400959

FECHA DE VENTA	noviembre 7 de 2019
FACTURA DE VENTA	15668



ACCESORIOS

MANGUERA DE PINTURA	X
PISTOLA	X
BOQUILLA	X
PORTA BOQUILLA	X
SIDE SRIPER	
SEGUNDA PISTOLA	
DISPENSADOR DE MICROESFERA	
OTROS	

DOCUMENTOS

MANUAL DEL EQUIPO	X
MANUAL DE LA PISTOLA	X
MANUAL DEL SIDE STRIPER	
MANUAL DE LA MICROESFERA	
REMISION	X
FACTURA DE VENTA	X
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA	X
PROCEDIMIENTO DE PUESTA EN MARCHA	X
CAPACITACION AL PERSONAL	
CERTIFICADO TITAN	X

NOTA: ESTOS EQUIPOS DEBEN SER MANIPULADOS POR PERSONAL CAPACITADO Y CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

LEER LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE INICIAR A OPERAR EL EQUIPO Y RELIZAR LIMPIEZA

E&S SAS
EQUIPMENT & SERVICES S.A.S
NIT: 830

FECHA DE ENTREGA	NOVIEMBRE 7 DE 2019
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

FECHA DE RECIBIDO	
FIRMA DE ACEPTACION Y RECIBO	

Escaneado con CamScanner

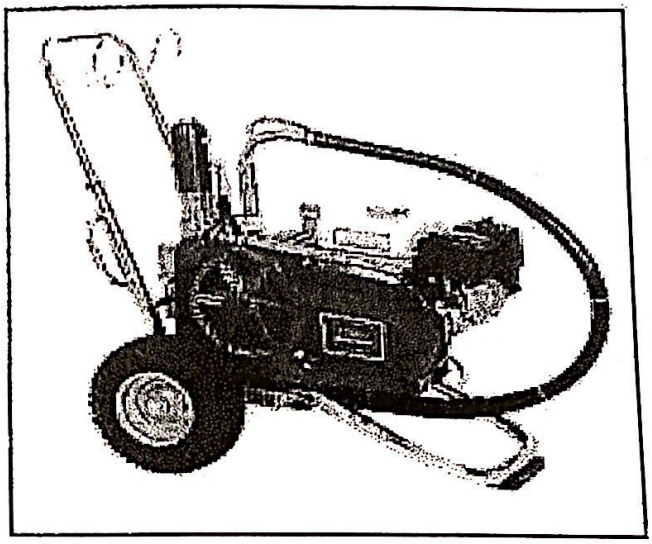
E&S SAS
EQUIPMENT & SERVICES S.A.S.

ENTREGA DE EQUIPOS NUEVOS

CLIENTE	Q&R SEÑALIZACIONES SAS
NIT	901.300.235-1
DIRECCION	CL 62 B 70 35 SUR
TELEFONO	305788368
CONTACTO	SR CLAUDIA QUIROGA
EMAIL	señalizacion@gmail.com

MAQUINA	POWRTWIN 8900
REFERENCIA	290018
NUMERO DE SERIAL	1939400128

FECHA DE VENTA	JULIO 8 DE 2019
FACTURA DE VENTA	15239



ACCESORIOS

MANGUERA DE PINTURA	X
PISTOLA	X
BOQUILLA	X
SIDE SRIPER	
SEGUNDA PISTOLA	
DISPENSADOR DE MICROESFERA	
OTROS	

DOCUMENTOS

MANUAL DEL EQUIPO	X
MANUAL DE LA PISTOLA	X
MANUAL DEL SIDE STRIPER	
MANUAL DE LA MICROESFERA	
REMISION	X
FACTURA DE VENTA	X
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA	X
PROCEDIMIENTO DE PUESTA EN MARCHA	X
CAPACITACION AL PERSONAL	
CERTIFICADO TITAN	X

NOTA: ESTOS EQUIPOS DEBEN SER MANIPULADOS POR PERSONAL CAPACITADO Y CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

LEER LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE INICIAR A OPERAR EL EQUIPO Y RELIZAR LIMPIEZA

FECHA DE ENTREGA	JULIO 2 DE 2019
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

FECHA DE RECIBIDO	
FIRMA DE ACEPTACION Y RECIBO	

Escaneado con CamScanner

E&S SAS

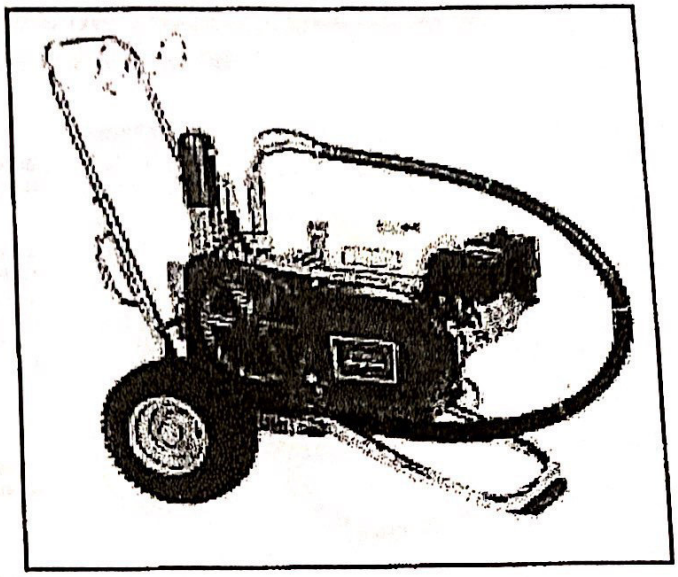
EQUIPMENT & SERVICES S.A.S.

ENTREGA DE EQUIPOS NUEVOS

CLIENTE	Q&R SEÑALIZACIONES SAS
NIT	901.300.235-1
DIRECCION	CL 62 B 70 35 SUR
TELEFONO	305788368
CONTACTO	SR CLAUDIA QUIROGA
EMAIL	señalizacion@gmail.com

MAQUINA	POWRTWIN 8900
REFERENCIA	290018
NUMERO DE SERIAL	1939400096

FECHA DE VENTA	JULIO 8 DE 2019
FACTURA DE VENTA	15239



ACCESORIOS

MANGUERA DE PINTURA	X
PISTOLA	X
BOQUILLA	X
SIDE SRIPER	
SEGUNDA PISTOLA	
DISPENSADOR DE MICROESFERA	
OTROS	

DOCUMENTOS

MANUAL DEL EQUIPO	X
MANUAL DE LA PISTOLA	X
MANUAL DEL SIDE STRIPER	
MANUAL DE LA MICROESFERA	
REMISION	X
FACTURA DE VENTA	X
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA	X
PROCEDIMIENTO DE PUESTA EN MARCHA	X
CAPACITACION AL PERSONAL	
CERTIFICADO TITAN	X

NOTA: ESTOS EQUIPOS DEBEN SER MANIPULADOS POR PERSONAL CAPACITADO Y CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

LEER LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE INICIAR A OPERAR EL EQUIPO Y RELIZAR LIMPIEZA

FECHA DE ENTREGA	JULIO 2 DE 2019
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

FECHA DE RECIBIDO	
FIRMA DE ACEPTACION Y RECIBO	

Escaneado con CamScanner

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.

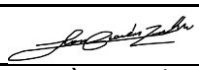
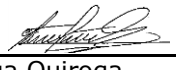
INSPECCION DE EQUIPOS Y MAQUINARIA

CONTRATO	PARQUE COLINA - PROGEN SA	PLACA	TRJ 770
EQUIPO	POWR TWIN 8900	MARCA	HYUNDAY H100PORTER
	1 / 2 / 3 / 4	FECHA	8 DE JULIO DE 2021

ELEMENTOS (DOTACION) REQUERIDA					RESULTADO	OBSERVACIONES
Botiquin	Completo	Inclompleto	Ausente		Bueno	-
Extintor	Vigente	Vencido	Ausente		Bueno	-
Herramientas	Completo	Inclompleto	Ausente		Bueno	-
Repuesto	OK	Sin aire	Ausente	N/A	Bueno	-
INSPECCION PREOPERATIVA						
Combustible	Jornada	1/2 Jornada	1/4 Jornada	N/A	Bueno	-
Aceite	Completo	Incompleto	Insuficiente	N/A	Bueno	-
Agua	Completo	Incompleto		N/A	Bueno	-
Luces	OK	Parcial	No	N/A	Bueno	-
Pito	OK	No		N/A	Bueno	-
Pito reversa	OK	No		N/A	Bueno	-
Frenos	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Freno Motor	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Freno emergencia	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Freno seguridad	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Canastilla grua	OK	Regular	Mal	N/A	-	-
Bases estabilidad	OK	No tiene	Mal estado	N/A	-	-
Mangueras	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Fugas	No Hay	Leves	Marcadas	N/A	Bueno	-
Testigos tablero	OK	Parcial	No	N/A	Bueno	-
OTROS EQUIPOS						
Planta Hyunday					Bueno	-
Taladros Bosh					Bueno	-

OBSERVACIONES

Se certifica que el vehiculo cuenta con los equipo operativos para realizar actividades de demarcaciòn vial, no presenta fugas y estan totalmente adecuados para realizar todo tipo de aplicaciòn de pintura de trafico. Las plantas, taladros y demas maquinaria y/o herramienta menor se encuentra en buen estado para su operaciòn en campo.

Firma		Firma	
Nombre	Ing. Juan Baròn Zambrano	Nombre	Obdulio Quiroga Quiroga
Cargo	Gerente de Operaciones Q&R SAS	Cargo	R.L. / Gerente General Q&R SAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019064634

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TRJ770	HYUNDAI	H100 PORTER	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.476	BLANCO CREMA	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	FURGON	DIESEL	1210

NÚMERO DE MOTOR
D4BHB066342

REG
N

VIN
KMFZBX7HACU811583

NÚMERO DE SERIE
KMFZBX7HACU811583

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
KMFZBX7HACU811583

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
Q&R SEÑALIZACIONES SAS

IDENTIFICACIÓN
NIT 901300235

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 152500891

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: REVIAUTOS Y MOTOS BOSA LTDA

NIT: 900376145

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-015-001

Fecha de expedición: 2021/03/23

Fecha de vencimiento: 2022/03/23

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	TRJ770	**CLASE:**	CAMIONETA
MARCA:	HYUNDAI	**MODELO:**	2012
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	2476	**NRO. MOTOR:**	D4BHB066342
NRO. CHASIS:	KMFZBX7HACU811583	**VIN:**	KMFZBX7HACU811583
LÍNEA:	H100 PORTER		
COLOR:	BLANCO CREMA		

NOMBRE PROPIETARIO: Q&R SEÑALIZACIONES SAS

FIRMA DEL RESPONSABLE

ALEXANDER ANGEL GALLEGO

Escaneado con CamScanner

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2021-03-09	2021-03-10	2022-03-09

SEGUROS DEL ESTADO S.A

NIT. 860.009.578-6

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
13636600272510	TRJ770	CARGA O MIXTO	PUBLICO	2476	2012

PASAJEROS	MARCA	LINEA VEHICULO	CARROCERÍA
2	HYUNDAI	H100 PORTER	FURGON

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
D4BHB066342	KMFZBX7HACU811583	KMFZBX7HACU811583	1.21

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	3103086275	NIT	9013002351	BOGOTA D.C

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. PÓLIZA ANT.	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	154005217	0	BOGOTA D.C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$ 433600	$ 216800	$ 1600

TOTAL A PAGAR

$ 652200

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	*MÍNIMOS*
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES DIARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	VIGENTES

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegare a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Proteja bien siempre su SOAT, las autoridades de tránsito no le pueden solicitar un duplicado inmediato.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Cada vez que el automóvil en que usted transite no posea una póliza SOAT vigente acarrea multas, inmovilización, la retención del automóvil y un pago de acuerdo de tránsito al cobro por todos los días de atención de las víctimas del accidente.

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•El vigente número único, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 168 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denúncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos médicos, el cobro será de conformidad a el Fosyga lo cubre realizar la liquidación primaria en servicios de salud.

•Para presentar la reclamación ante la respectiva Aseguradora no se requiere acudir a abogados.

Protección de datos personales:

Con la trascripción contenida de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A. para que mis datos sean tratados con base de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, pudiendo hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la ejecución del contrato. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la página www.segurosdelestado.com.

Escaneado con CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
****

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352011000285150

I/E
I

FECHA IMPORT.
24/11/2011

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA
09/03/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.
26/08/2019

FECHA VENCIMIENTO
****

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYTTO BELLO

LT06002365724

Escaneado con CamScanner

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.

INSPECCION DE EQUIPOS Y MAQUINARIA

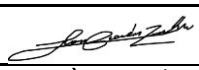
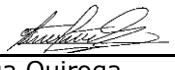
CONTRATO	PARQUE COLINA - PROGEN SA	PLACA	WHO 475
EQUIPO	POWR TWIN 8900	MARCA	FURGON CHEVROLET NKR

1	2	3	4	FECHA	8 DE JULIO DE 2021

ELEMENTOS (DOTACION) REQUERIDA					RESULTADO	OBSERVACIONES
Botiquin	Completo	Inclompleto	Ausente		Bueno	-
Extintor	Vigente	Vencido	Ausente		Bueno	-
Herramientas	Completo	Inclompleto	Ausente		Bueno	-
Repuesto	OK	Sin aire	Ausente	N/A	Bueno	-
INSPECCION PREOPERATIVA						
Combustible	Jornada	1/2 Jornada	1/4 Jornada	N/A	Bueno	-
Aceite	Completo	Incompleto	Insuficiente	N/A	Bueno	-
Agua	Completo	Incompleto		N/A	Bueno	-
Luces	OK	Parcial	No	N/A	Bueno	-
Pito	OK	No		N/A	Bueno	-
Pito reversa	OK	No		N/A	Bueno	-
Frenos	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Freno Motor	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Freno emergencia	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Freno seguridad	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Canastilla grua	OK	Regular	Mal	N/A	-	-
Bases estabilidad	OK	No tiene	Mal estado	N/A	-	-
Mangueras	OK	Regular	Mal	N/A	Bueno	-
Fugas	No Hay	Leves	Marcadas	N/A	Bueno	-
Testigos tablero	OK	Parcial	No	N/A	Bueno	-
OTROS EQUIPOS						
Planta Hyunday					Bueno	-
Taladros Bosh					Bueno	-

OBSERVACIONES

Se certifica que el vehiculo delineador cuenta con los equipo operativos para realizar actividades de demarcaciòn vial, no presenta fugas y estan totalmente adecuados para realizar todo tipo de aplicaciòn de pintura de trafico. Las plantas, taladros y demas maquinaria y/o herramienta menor se encuentra en buen estado para su operaciòn en campo.

Firma		Firma	
Nombre	Ing. Juan Baròn Zambrano	Nombre	Obdulio Quiroga Quiroga
Cargo	Gerente de Operaciones Q&R SAS	Cargo	R.L. / Gerente General Q&R SAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10018804767

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WHO475	CHEVROLET	NKR	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.999	BLANCO GALAXIA	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	FURGON	DIESEL	2630

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
1M6018	N	9GDNMR854FB026013

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GDNMR854FB026013	N	9GDNMR854FB026013	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	NIT 901300235

Escaneado con CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
****

POTENCIA HP
128

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
32014001402121

I/E
I

FECHA IMPORT.
09/09/2014

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
31/10/2014

FECHA EXP. LIC. TTO.
18/07/2019

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA

LT07000045114

Escaneado con CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGUROS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO PARA LAS PERSONAS SIN ASEGURAMIENTO VIGENTE

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23 HORAS DEL
2020-11-18	2020-11-19	2021-11-18

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
13636600235910	WHO475	CARGA O MIXTO	PUBLICO	2999	2015

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	FURGON

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
NKR	1M6018	9GDNMR854FB026013	9GDNMR854FB026013	2.63

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	3103066275	NIT	9013002351	BOGOTA D.C

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	154005217	0	BOGOTA D.C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$ 423200	$ 211650	$ 1800

TOTAL A PAGAR

$ 636750

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	MÍNIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	DIARIOS VIGENTES

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

-Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
-Recuerda validar que su póliza está registrada en el RUNT.
-Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
-Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito

-Si alguien resulta herido debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
-Ningun prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
-Para los gastos médicos el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
-Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a abogados.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán vinculados en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesaria para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la página www.segurosdelestado.com.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 152544624

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AVENIDA SEXTA LTDA.

NIT: 900135773

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-011-001

Fecha de expedición: 2021/03/28

Fecha de vencimiento: 2022/03/28

DATOS VEHÍCULO

PLACA: WHO475

CLASE: CAMION

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2999

NRO. MOTOR: 1M6018

NRO. CHASIS: 9GDNMR854FB026013

VIN: 9GDNMR854FB026013

LÍNEA: NKR

COLOR: BLANCO GALAXIA

NOMBRE PROPIETARIO: Q&R SEÑALIZACIONES SAS

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDITH RANGEL ARIZA

Escaneado con CamScanner

Anexo E

Consorcio MYSV-OINCO

LISTA DE ASISTENCIA
CAPACITACIONES Y CHARLAS

CIUDAD: BOGOTA LUGAR: FECHA: 12 sept. 2021

NOMBRE DEL CAPACITADOR: Ramon Ujada

CARGO/PROFESIÓN: Profesional SST DURACIÓN: 15 minutos

TITULO: LA RESPONSABILIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL USO DE LOS EPP

OBJETIVO: incentivar a los trabajadores para el uso de los EPP

ALCANCE: a los trabajos directos con el proyecto

TEMAS TRATADOS: =responsabilidad y deberes de los trabajadores

Nº	NOMBRE	C.C.	CARGO	FIRMA TRABAJOR
1	Oscar Rodriguez	15109515	operario	
2	Ronald Garcia	19221524	Jefe de cuadrilla	
3	JAIRO Gallego	7693026	ayudante	
4	Juan David Hernández Malagón	1010231431	Conductor	
5	Ramon Ujada	83229231	profesional SST	
6	Jordana Camargo Franco	1.052.387.916	Ing. Residente	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

TIPO DE EVALUACION REALIZADA

ESCRITA [ ] VERBAL [ ] INTERNO: [ ] EXTERNO: [ ]

CAPACITADOR

FIRMA | EMPRESA: Mysv-oinco

Escaneado con CamScanner

2

Consorcio MYSV-OINCO

LISTA DE ASISTENCIA
CAPACITACIONES Y CHARLAS

CIUDAD: BOGOTA LUGAR: FECHA: 07-09-2021

NOMBRE DEL CAPACITADOR: RAMON LOSADA

CARGO/PROFESIÓN: profesional SST DURACIÓN: 15 minutos

TITULO: EL USO Y BUEN USO DE LOS EPP

OBJETIVO: incentivar al trabajador para el uso debes EPP

ALCANCE: a todos los trabajadores involucrados al proyecto

TEMAS TRATADOS:
- protección auditiva
- protección respiratoria
- casco
- protección de extremidades

Nº	NOMBRE	C.C.	CARGO	FIRMA TRABAJOR
1	Ronald García	19221524	Jefe Cuadrilla	
2	DANIEL gallego	7653207126	oficial	
3	JHON GOMEZ	1053813224	Almacenista	
4	Cristian Rodriguez	1019515	operario	
5	ALBERTO RODRIGUEZ	18.465957	ayudante	
6	Jordand Camargo Franco	1052382916	Ing. Residente obra	
7	Juan David Hernández Muñoz	1010231432	Conductor	
8	RAMON LOSADA	83229337	profesional SST	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

TIPO DE EVALUACION REALIZADA

ESCRITA [ ] VERBAL [ ] INTERNO: [X] EXTERNO: [ ]

CAPACITADOR

FIRMA: MYSV-OINCO (EMPRESA)

Escaneado con CamScanner

Anexo F

Consorcio MYSV-OINCO

PREOPERACIONAL VEHICULO

Tipo de Vehiculo: CAMION FURGON Placa: WHO 476 Modelo: 2015 Marca: CHEVROLET

Para Transporte de Carga: ☐ Personal: ☐ Personal y Carga: ☒

Periodo del 13 al 19 de 09 del 2021 Proyecto: Mr Builder Area o Frente de Trabajo:

	ITEM (MARQUE CON UNA X) B: BUENO; M: MALO	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sabado		Domingo	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Direccionales (delanteras, traseras)	X		X		X		X							
	Delanteras (altas, bajas, cocuyos)	X		X		X		X							
	De frenado	X		X		X		X							
	De parqueo (delanteras, traseras)	X		X		X		X							
CABINA	Puerta de cierre automático	X		X		X		X							
	Vidrio panorámico en buen estado	X		X		X		X							
	Plumillas limpiaparabrisas	X		X		X		X							
	Pito	X		X		X		X							
	Escaleras acceso														
	Asiento conductor en buen estado.	X		X		X		X							
	Cinturón de Seguridad (ver procedimiento)	X		X		X		X							
	Indicadores (Hidráulicos, presión, corriente)	X		X		X		X							
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X							
	Botiquín de primeros auxilios	X		X		X		X							
	Espejos retrovisor (central y laterales)	X		X		X		X							
	Iluminación interior cabina	X		X		X		X							
	Pasamanos techo interior	X		X		X		X							
	Asientos pasajeros buen estado - Espaldar.	X		X		X		X							
	Piso en buen estado, sin obstáculos	X		X		X		X							
	Ventana de expulsión (emergencia) señalada	X		X		X		X							
	Alarma de retroceso.	X		X		X		X							
	Herramientas (gato, cruceta, conos)	X		X		X		X							
	Ventanas en buen estado	X		X		X		X							
MECANICA	Motor	X		X		X		X							
	Freno (normal y emergencia)	X		X		X		X							
	Dirección y terminales	X		X		X		X							
	Suspensión (gatos, muelles, anclajes)	X		X		X		X							
	Control fugas hidráulicas y de aire(mangueras / tanques)	X		X		X		X							
	Caja de cambios	X		X		X		X							
	Cardan y crucetas (cadena de seguridad)	X		X		X		X							
	Batería y cables en buen estado	X		X		X		X							
	Llantas en buen estado, sin cortaduras profundas.	X		X		X		X							
	Llantas con huella mínima de 5 mm.	X		X		X		X							
DOCUMENTO	Seguro obligatorio al día	X		X		X		X							
	Tarjeta de propiedad	X		X		X		X							
	Medición de gases al día	X		X		X		X							
	Licencia de conducción	X		X		X		X							
	KILOMETRAJE INICIAL														
	KILOMETRAJE FINAL														
	GALONES DE TANQUEO														

OBSERVACIONES

INSPECIONADO POR:

13 al 16 Sept el vehiculo WHO 476 cumple para su uso en operaciones. Jaime

Convenciones: B(Buen Estado):M(Mal Estado)

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

PREOPERACIONAL VEHICULO

Tipo de Vehiculo: CAMION FURGON Placa: WHO476 Modelo: 2015 Marca: CHEVROLET

Para Transporte de Carga: ☐ Personal: ☐ Personal y Carga: ☒

Periodo del 6 al 12 de Sept del 2021 Proyecto: rondida Area o Frente de Trabajo:

	ITEM (MARQUE CON UNA X) B: BUENO; M: MALO	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sabado		Domingo	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Direccionales (delanteras, traseras)	X		X		X		X		X				X	
	Delanteras (altas, bajas, cocuyos)	X		X		X		X		X				X	
	De frenado	X		X		X		X		X				X	
	De parqueo (delanteras, traseras)	X		X		X		X		X				X	
CABINA	Puerta de cierre automático	X		X		X		X		X				X	
	Vidrio panorámico en buen estado	X		X		X		X		X				X	
	Plumillas limpiaparabrisas	X		X		X		X		X				X	
	Pito	X		X		X		X		X				X	
	Escaleras acceso														
	Asiento conductor en buen estado.	X		X		X		X		X				X	
	Cinturón de Seguridad (ver procedimiento)	X		X		X		X		X				X	
	Indicadores (Hidráulicos, presión, corriente)	X		X		X		X		X				X	
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X				X	
	Botiquín de primeros auxilios	X		X		X		X		X				X	
	Espejos retrovisor (central y laterales)	X		X		X		X		X				X	
	Iluminación interior cabina	X		X		X		X		X				X	
	Pasamanos techo interior	X		X		X		X		X				X	
	Asientos pasajeros buen estado - Espaldar.	X		X		X		X		X				X	
	Piso en buen estado, sin obstáculos	X		X		X		X		X				X	
	Ventana de expulsión (emergencia) señalada	X		X		X		X		X				X	
	Alarma de retroceso.	X		X		X		X		X				X	
	Herramientas (gato, cruceta, conos)	X		X		X		X		X				X	
	Ventanas en buen estado	X		X		X		X		X				X	
MECANICA	Motor	X		X		X		X		X				X	
	Freno (normal y emergencia)	X		X		X		X		X				X	
	Dirección y terminales	X		X		X		X		X				X	
	Suspensión (gatos, muelles, anclajes)	X		X		X		X		X				X	
	Control fugas hidráulicas y de aire(mangueras / tanques)	X		X		X		X		X				X	
	Caja de cambios	X		X		X		X		X				X	
	Cardan y crucetas (cadena de seguridad)	X		X		X		X		X				X	
	Batería y cables en buen estado	X		X		X		X		X				X	
	Llantas en buen estado, sin cortaduras profundas.	X		X		X		X		X				X	
	Llantas con huella mínima de 5 mm.	X		X		X		X		X				X	
DOCUMENTO	Seguro obligatorio al día	X		X		X		X		X				X	
	Tarjeta de propiedad	X		X		X		X		X				X	
	Medición de gases al día	X		X		X		X		X				X	
	Licencia de conducción	X		X		X		X		X				X	
	KILOMETRAJE INICIAL														
	KILOMETRAJE FINAL														
	GALONES DE TANQUEO														

OBSERVACIONES

del 6 al 12 de septiembre el vehiculo WHO 476 cumple para su uso de operacion.

INSPECIONADO POR:

Conductor y/o responsables: JHON GOLUEL

V/B personal SST: Jairón

Convenciones: B(Buen Estado);M(Mal Estado)

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

PREOPERACIONAL VEHICULO

Tipo de Vehiculo: CAMION FURGON Placa: TRJ 770 Modelo: 2012 Marca: HYUNDAI

Para Transporte de Carga: ☐ Personal: ☐ Personal y Carga: ☒

Periodo del 13 al 19 de Sep del 2021 Proyecto: Movilidad Area o Frente de Trabajo:

	ITEM (MARQUE CON UNA X) B: BUENO; M: MALO	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sabado		Domingo	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Direccionales (delanteras, traseras)	X		X		X		X							
	Delanteras (altas, bajas, cocuyos)	X		X		X		X							
	De frenado	X		X		X		X							
	De parqueo (delanteras, traseras)	X		X		X		X							
CABINA	Puerta de cierre automático	X		X		X		X							
	Vidrio panorámico en buen estado	X		X		X		X							
	Plumillas limpiaparabrisas	X		X		X		X							
	Pito	X		X		X		X							
	Escaleras acceso														
	Asiento conductor en buen estado.	X		X		X		X							
	Cinturón de Seguridad (ver procedimiento)	X		X		X		X							
	Indicadores (Hidráulicos, presión, corriente)	X		X		X		X							
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X							
	Botiquín de primeros auxilios	X		X		X		X							
	Espejos retrovisor (central y laterales)	X		X		X		X							
	Iluminación interior cabina	X		X		X		X							
	Pasamanos techo interior	X		X		X		X							
	Asientos pasajeros buen estado - Espaldar.	X		X		X		X							
	Piso en buen estado, sin obstáculos	X		X		X		X							
	Ventana de expulsión (emergencia) señalada	X		X		X		X							
	Alarma de retroceso.	X		X		X		X							
	Herramientas (gato, cruceta, conos)	X		X		X		X							
	Ventanas en buen estado	X		X		X		X							
MECANICA	Motor	X		X		X		X							
	Freno (normal y emergencia)	X		X		X		X							
	Dirección y terminales	X		X		X		X							
	Suspensión (gatos, muelles, anclajes)	X		X		X		X							
	Control fugas hidráulicas y de aire(mangueras / tanques)	X		X		X		X							
	Caja de cambios	X		X		X		X							
	Cardan y crucetas (cadena de seguridad)	X		X		X		X							
	Batería y cables en buen estado	X		X		X		X							
	Llantas en buen estado, sin cortaduras profundas.	X		X		X		X							
	Llantas con huella mínima de 5 mm.	X		X		X		X							
DOCUMENTO	Seguro obligatorio al día	X		X		X		X							
	Tarjeta de propiedad	X		X		X		X							
	Medición de gases al día	X		X		X		X							
	Licencia de conducción	X		X		X		X							
	KILOMETRAJE INICIAL														
	KILOMETRAJE FINAL	/		/		/		/							
	GALONES DE TANQUEO														

OBSERVACIONES

INSPECIONADO POR:

en los 13 al 16 de septiembre el vehiculo cumple para su uso en operaciones.

Convenciones: B(Buen Estado);M(Mal Estado)

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

PREOPERACIONAL VEHICULO

Tipo de Vehiculo: CAMION FALCON Placa: TRJ 770 Modelo: 2012 Marca: HYUNDAI

Para Transporte de Carga: ☐ Personal: ☐ Personal y Carga: ☒

Periodo del 6 al 12 de Sept del 2021 Proyecto: Movilidad Area o Frente de Trabajo:

	ITEM (MARQUE CON UNA X) B: BUENO; M: MALO	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sabado		Domingo	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Direccionales (delanteras, traseras)	X		X		X		X		X				X	
	Delanteras (altas, bajas, cocuyos)	X		X		X		X		X				X	
	De frenado	X		X		X		X		X				X	
	De parqueo (delanteras, traseras)	X		X		X		X		X				X	
CABINA	Puerta de cierre automático	X		X		X		X		X				X	
	Vidrio panorámico en buen estado	X		X		X		X		X				X	
	Plumillas limpiaparabrisas	X		X		X		X		X				X	
	Pito	X		X		X		X		X				X	
	Escaleras acceso														
	Asiento conductor en buen estado.	X		X		X		X		X				X	
	Cinturón de Seguridad (ver procedimiento)	X		X		X		X		X				X	
	Indicadores (Hidráulicos, presión, corriente)	X		X		X		X		X				X	
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X				X	
	Botiquín de primeros auxilios	X		X		X		X		X				X	
	Espejos retrovisor (central y laterales)	X		X		X		X		X				X	
	Iluminación interior cabina	X		X		X		X		X				X	
	Pasamanos techo interior	X		X		X		X		X				X	
	Asientos pasajeros buen estado - Espaldar.	X		X		X		X		X				X	
	Piso en buen estado, sin obstáculos	X		X		X		X		X				X	
	Ventana de expulsión (emergencia) señalada	X		X		X		X		X				X	
	Alarma de retroceso.	X		X		X		X		X				X	
	Herramientas (gato, cruceta, conos)	X		X		X		X		X				X	
	Ventanas en buen estado	X		X		X		X		X				X	
MECANICA	Motor	X		X		X		X		X				X	
	Freno (normal y emergencia)	X		X		X		X		X				X	
	Dirección y terminales	X		X		X		X		X				X	
	Suspensión (gatos, muelles, anclajes)	X		X		X		X		X				X	
	Control fugas hidráulicas y de aire(mangueras / tanques)	X		X		X		X		X				X	
	Caja de cambios	X		X		X		X		X				X	
	Cardan y crucetas (cadena de seguridad)	X		X		X		X		X				X	
	Batería y cables en buen estado	X		X		X		X		X				X	
	Llantas en buen estado, sin cortaduras profundas.	X		X		X		X		X				X	
	Llantas con huella mínima de 5 mm.	X		X		X		X		X				X	
DOCUMENTO	Seguro obligatorio al día	X		X		X		X		X				X	
	Tarjeta de propiedad	X		X		X		X		X				X	
	Medición de gases al día	X		X		X		X		X				X	
	Licencia de conducción	X		X		X		X		X				X	
	KILOMETRAJE INICIAL														
	KILOMETRAJE FINAL														
	GALONES DE TANQUEO														

OBSERVACIONES

paro el 6 al 12 de septiembre 2021 el vehiculo TRJ 770 ampl. para su uso en operación.

INSPECIONADO POR:

Conductor y/o responsables: Ronald Garcia Ronald G

V/B personal SST:

Convenciones: B(Buen Estado);M(Mal Estado)

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

INSPECCION DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

N.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	ROPA DE TRABAJO					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL															OBSERVACIONES
		CAMISA	PANTALON	OVEROL	CHAQUETA	BOTAS DE SEGURIDAD	CASCO DE SEGURIDAD	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	PROTECTORES AUDITIVOS COPA	PROTECTOR RESPIRATORIO DESECHABLE	MASCARILLAS PARA VAPORES Y GASES	GUANTES VAQUETA	GUANTES NITRILO	GUANTES DE POLIESTER NITRILO	Otro	Otro	Otro	Otro	Otro	Otro	Otro	
1	Jhon Galvez			B			B	B		B	B		B	B								cumple
2	Ronald Garcia			B			B	B		B				B								Cumple
3	Daniel Gallego			B			B	B		B				B								Cumple
4	Cesar Rodriguez			B			B	B		B				B								Cumple
5	Alberto Rodriguez			B			B	B		B				B								Cumple
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																						
32																						
33																						
34																						
35																						

B: Bueno R: Regular NT: No tienen NA: No aplica R: Regular NT: No tienen

FECHA DE LA INSPECCIÓN: 12-Sep-2024 CARGO: Profesional SST

NOMBRE DEL INSPECTOR: Roseen Gonzalez FIRMA DEL INSPECTOR:

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

INSPECCIÓN DE KIT AMBIENTAL

ELEMENTOS	CANTIDADES MINIMAS	
	UNIDAD	CANTIDAD
PALA ANTICHISPA	UNIDAD	1
BALDE PLASTICO	UNIDAD	1
TELA ABSORBENTE	METROS	2 x 2 MTS
BOLSA ROJAS	UNIDAD	3
ESCOBA	UNIDAD	1
RECOGEDOR	UNIDAD	1
MONO GAFAS	UNIDAD	1
GUANTES NITRILO	PARES	3 PARES
CINTA DE SEÑALIZACIÓN	ROLLO	1 ROLLO
CONO	UNIDAD	5

VEHICULO: WHO 475
FECHA: 03/09/2021

UNIDAD	CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO B - M - NT -
U	1	B
U	1	B
M	2x2	B
U	3	B
U	1	B
U	1	B
U	1	B
P	3	B
U	5	B

VEHICULO: TRJ 770
FECHA: 03/09/2021

UNIDAD	CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO B - M - NT -
U	1	B
U	1	B
M	2x2	B
U	3	B
U	1	B
U	1	B
U	1	B
P	3	B
U	5	B

VEHICULO:
FECHA: ___/___/___

UNIDAD	CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO B - M - NT -

VEHICULO:
FECHA: ___/___/___

UNIDAD	CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO B - M - NT -

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

los kit ambientales antiderrame cumplen, para el uso de la operación.

INSPECTOR:	RESPONSABLE Nº WHO475	RESPONSABLE Nº TRJ770	RESPONSABLE Nº	RESPONSABLE Nº
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
NOMBRE Ruben Losada	NOMBRE Ruben Losada	NOMBRE Ruben Losada	NOMBRE	NOMBRE
CARGO Profesional SST	CARGO Prof SST	CARGO Profes SST	CARGO	CARGO

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN
TIPO A

ELEMENTOS	CANTIDADES MINIMAS	
	UNIDAD	CANTIDAD
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 20	1
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4"	Unidad	1
BAJALENGUAS	Paquete por 20	1
GUANTES DE LATEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1
VENDA ELASTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	1
VENDA ELASTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	1
VENDA ELASTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	1
VENDA DE ALGODON 3 X 5 YARDAS	Unidad	1
VENDA DE ALGODON 3 X 5 YARDAS	Unidad	1
YODOPOVIDONA (JABON QUIRÚRGICO)	Frasco x 120 ml	1
SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc	Unidad	2
TERMOMETRO DE MERCURIO O DIGITAL	Unidad	1
ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1

VEHICULO / OFICINA: WHO 475		
FECHA: 03/09/2024		
CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO
P	1	
U	1	
P	1	
C	1	
U	1	
U	1	
U	1	
U	1	
U	1	
F	1	Nov. 2024
U	1	oct-2024
U	1	
U	1	Ago-2023

VEHICULO / OFICINA: TRJ 770		
FECHA: 03/09/2024		
CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO
P	1	
U	1	
P	1	
C	1	
U	1	
U	1	
U	1	
U	1	
U	1	
F	1	Nov.-2024
U	1	oct-2024
U	1	
U	1	Ago-2023

VEHICULO / OFICINA:		
FECHA: ____/____/____		
CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO

VEHICULO / OFICINA:		
FECHA: ____/____/____		
CANTIDADES EXISTENTES	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

los botiquines Tipo A, cumple para el uso dela operacion.

INSPECTOR:	
FIRMA	
NOMBRE	Ramon Lozada
CARGO	Prof SST

RESPONSABLE BOTIQUIN Nº: WHO 475	
FIRMA	
NOMBRE	RAMON LOZADA
CARGO	Profesional SST

RESPONSABLE BOTIQUIN Nº: TRJ 770	
FIRMA	
NOMBRE	Ramon Lozada
CARGO	Profesional SST

RESPONSABLE BOTIQUIN Nº:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

RESPONSABLE BOTIQUIN Nº:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

N.	UBICACIÓN	CAPACIDAD	TIPO DE EXTINTOR	ESTADO					FECHA DE RECARGA	PROXIMA RECARGA	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
				CILINDRO	MANÓMETRO	BOQUILLA	MANGUERA	ETIQUETA			
	WHO475	10lb	ABC	B	B	B	B	B	sep 2021	Sep 2022	cumple
	TRJ770	10Lb	ABC	B	B	B	B	B	Oct 2020	Oct 2021	cumple

B: Bueno R: Regular M: Malo

OBSERVACIONES

los extintores cumple para uso de operación.

FECHA DE LA INSPECCIÓN: 03 septiembre 2021

INSPECCIONO: Ramon Rosado

CARGO: profesional SST

FIRMA:

Escaneado con CamScanner

Anexo G

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S. Ingeniería y señalización vial	**ENTREGA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL**		
NOMBRE DEL EMPLEADOR	Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.	NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN TRIBUTARIA	901300235-1
NOMBRE DE EL (LA) TRABAJADOR (A)	JHON EDUARD GALVEZ HURTADO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.053.813.234
FECHA DE ENTREGA	07 DE AGOSTO DE 2021	CIUDAD	BOGOTA

CARGO A DESEMPAÑAR	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN VIAL Y CONDUCTOR

DOTACIÒN DEL PERSONAL

DESCRIPCIÒN	ESTADO	CANTIDAD	TALLA	DESCRIPCIÒN
OVEROL	NUEVO	**2**	42	AZUL CON REFLECTIVO
BOTAS	NUEVO	**1**	40	PUNTA DE ACERO
GAFAS DE PROTECCIÒN	NUEVO	1	-	-
TAPABOCAS	NUEVO	1	-	-
GUANTES	NUEVO	1	-	-
TAPAOIDOS	NUEVO	1	-	-

EMERGENCIAS

EL TRABAJADOR CUENTA CON AFILIACIÒN A: EPS, ARL Y RIESGOS			**SI**	**NO**
			X	
EPS	**AFP**	**CAJA DE COMPENSACIÒN**	**ARL**	**TIPO DE RIESGO**
FAMISANAR	PORVENIR	COMPENSAR	POSITIVA	5

EL EMPLEADOR

OBDULIO QUIROGA QUIROGA
GERENTE GENERAL y/o R.L.

EL (LA) TRABAJADOR (A)

C.C. 1.053.813.234

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S. Ingeniería y señalización vial	**ENTREGA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL**

NOMBRE DEL EMPLEADOR	Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.	NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN TRIBUTARIA	901300235-1
NOMBRE DE EL (LA) TRABAJADOR (A)	RONALD ALEXANDER GARCIA DIAZ	CEDULA DE EXTRANJERIA	19.221.524
FECHA DE ENTREGA	09 DE JULIO DE 2021	CIUDAD	BOGOTA

CARGO A DESEMPAÑAR	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN VIAL

DOTACIÒN DEL PERSONAL				
DESCRIPCIÒN	**ESTADO**	**CANTIDAD**	**TALLA**	**DESCRIPCIÒN**
OVEROL	NUEVO	**2**	42	AZUL CON REFLECTIVOS
BOTAS	NUEVO	**1**	42	PUNTA DE ACERO
GAFAS DE PROTECCIÒN	NUEVO	1	-	-
TAPABOCAS	NUEVO	1	-	-
GUANTES	NUEVO	1	-	-
TAPAOIDOS	NUEVO	1	-	-

EMERGENCIAS				
EL TRABAJADOR CUENTA CON AFILIACIÒN A: EPS, ARL Y RIESGOS			**SI**	**NO**
			X	
EPS	**AFP**	**CAJA DE COMPENSACIÒN**	**ARL**	**TIPO DE RIESGO**
COMPENSAR	N/A	COMPENSAR	POSITIVA	5

EL EMPLEADOR

OBDULIO QUIROGA QUIROGA
GERENTE GENERAL y/o R.L.

EL (LA) TRABAJADOR (A)

Ronald Alexander García Díaz

C.C. 19.221.524 DE VENEZUELA

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S. Ingeniería y señalización vial	**ENTREGA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL**

NOMBRE DEL EMPLEADOR	Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.	NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN TRIBUTARIA	901300235-1
NOMBRE DE EL (LA) TRABAJADOR (A)	DARINEL GALLEGO JULIO	CEDULA DE CIUDADANIA	70.530.726
FECHA DE ENTREGA	07 DE AGOSTO DE 2021	CIUDAD	BOGOTA

CARGO A DESEMPAÑAR	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN VIAL

DOTACIÒN DEL PERSONAL				
DESCRIPCIÒN	**ESTADO**	**CANTIDAD**	**TALLA**	**DESCRIPCIÒN**
OVEROL	NUEVO	**2**	40	AZUL CON REFLECTIVOS
BOTAS	NUEVO	**1**	40	PUNTA DE ACERO
GAFAS DE PROTECCIÒN	NUEVO	1	-	-
TAPABOCAS	NUEVO	1	-	-
GUANTES	NUEVO	1	-	-
TAPAOIDOS	NUEVO	1	-	-

EMERGENCIAS				
EL TRABAJADOR CUENTA CON AFILIACIÒN A: EPS, ARL Y RIESGOS			**SI**	**NO**
			X	
EPS	**AFP**	**CAJA DE COMPENSACIÒN**	**ARL**	**TIPO DE RIESGO**
FAMISANAR	COLFONDOS	COMPENSAR	POSITIVA	5

EL EMPLEADOR

OBDULIO QUIROGA QUIROGA
GERENTE GENERAL y/o R.L.

EL (LA) TRABAJADOR (A)

C.C. 70.530.726

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S. Ingeniería y señalización vial	**ENTREGA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL**		
NOMBRE DEL EMPLEADOR	Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.	NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN TRIBUTARIA	901300235-1
NOMBRE DE EL (LA) TRABAJADOR (A)	CLEIVER RODRIGUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	4.907.256
FECHA DE ENTREGA	2/09/2021	CIUDAD	BOGOTA

CARGO A DESEMPAÑAR	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN VIAL

DOTACIÒN DEL PERSONAL

DESCRIPCIÒN	ESTADO	CANTIDAD	TALLA	DESCRIPCIÒN
OVEROL	NUEVO	**2**	40	AZUL CON REFLECTIVOS
BOTAS	NUEVO	**1**	40	PUNTA DE ACERO
GAFAS DE PROTECCIÒN	NUEVO	1	-	-
TAPABOCAS	NUEVO	1	-	-
GUANTES	NUEVO	1	-	-
TAPAOIDOS	NUEVO	1	-	-

EMERGENCIAS

EL TRABAJADOR CUENTA CON AFILIACIÒN A: EPS, ARL Y RIESGOS			SI	NO
			X	
EPS	**AFP**	**CAJA DE COMPENSACIÒN**	**ARL**	**TIPO DE RIESGO**
SANITAS	N/A	COMPENSAR	POSITIVA	5

EL EMPLEADOR

OBDULIO QUIROGA QUIROGA
GERENTE GENERAL y/o R.L.

EL (LA) TRABAJADOR (A)

C.C. 4.907.256

Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S. Ingeniería y señalización vial	**ENTREGA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL**		
NOMBRE DEL EMPLEADOR	Q&R SEÑALIZACIONES S.A.S.	NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN TRIBUTARIA	901300235-1
NOMBRE DE EL (LA) TRABAJADOR (A)	ALBERTO RODRIGEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	18.465.957
FECHA DE ENTREGA	2/09/2021	CIUDAD	BOGOTA

CARGO A DESEMPAÑAR	OPERARIO DE SEÑALIZACIÓN VIAL

DOTACIÒN DEL PERSONAL				
DESCRIPCIÒN	**ESTADO**	**CANTIDAD**	**TALLA**	**DESCRIPCIÒN**
OVEROL	NUEVO	**2**	38	AZUL CON REFLECTIVOS
BOTAS	NUEVO	**1**	40	PUNTA DE ACERO
GAFAS DE PROTECCIÒN	NUEVO	1	-	-
TAPABOCAS	NUEVO	1	-	-
GUANTES	NUEVO	1	-	-
TAPAOIDOS	NUEVO	1	-	-

EMERGENCIAS				
EL TRABAJADOR CUENTA CON AFILIACIÒN A: EPS, ARL Y RIESGOS			**SI**	**NO**
			X	
EPS	**AFP**	**CAJA DE COMPENSACIÒN**	**ARL**	**TIPO DE RIESGO**
SANITAS	PROTECCIÒN	COMPENSAR	POSITIVA	5

EL EMPLEADOR

OBDULIO QUIROGA QUIROGA
GERENTE GENERAL y/o R.L.

EL (LA) TRABAJADOR (A)

C.C. 18.465.957

Anexo H

VIVIRSALUD
UNIDAD MEDICO QUIRURGICA DE ESPECIALISTAS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
5 DÍA	08 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL** INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JHON EDUARD GALVEZ HURTADO	MASCULINO	29	CC	1053813234
			Tipo	Número

Cargo: OPERARIO SEÑALIZACIÓN

INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES GENERALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRIA	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	CAMBIOS DE POSTURA DE BIPEDO A SEDENTE	HÁBITOS SALUDABLES
BAJAR DE PESO - ASISTENCIA CON NUTRICIONISTA	HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR	PAUSAS ACTIVAS	REALIZAR DEPORTE (NO DE IMPACTO)
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

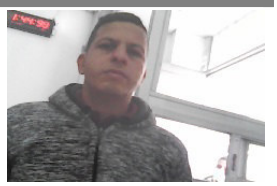
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ACTIVIDAD FISICA 20 MINUTOS AL DIA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CAMBIO PERIODICO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS 3 VECES AL DIA, EVITAR POSTURAS FORZADAS NO ERGONOMICAS CUNCLILLAS, RODILLAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico Firma: Nombre: Dr Martin Emilio Rodriguez
R. M.: 379-93
L.S.O.: 25-3449

FIRMA TRABAJADOR

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 19221524-67528

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	9/07/2021 - BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	RONALD ALEXANDER GARCIA DIAZ		**Identificación:**	19221524	
Género	MASCULINO	**Edad:** 32	**Teléfono**	3224439357	**Móvil:**
Fecha Nacimiento:	10/11/1988		**Cargo:**	OPERARIO (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	NO REPORTA	
Dirección	CRA 78 C # 42 SUR		**ARL:**	NO REPORTA	
Escolaridad:	BACHILLERATO		**AFP:**	NO REPORTA	
Empresa	Q&R SEÑALIZACIONES SAS -				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICION A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL. PACIENTE SIN CRITERIOS MEDICOS PARA COVID-19
ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO	HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Jeimy Escobar G
JEIMY ESCOBAR GARZÓN
MEDICO DEL TRABAJO
LSO 3336 / 2019
C.C.52.297.364

JEIMY ESCOBAR GARZON

Ronald G.

RONALD ALEXANDER GARCIA DIAZ 19221524

Firma y cédula del Paciente

L.S.O 3336/2019 RM 072

Médico Especialista en Salud Laboral

VIVIRSALUD
UNIDAD MEDICO QUIRURGICA DE ESPECIALISTAS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	08 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL** INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DARINEL GALLEGO JULIO	MASCULINO	38	CC	70530726
			Tipo	Número

Cargo: OPERARIO SEÑALIZACIÓN

INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES GENERALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRIA	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	CAMBIOS DE POSTURA DE BIPEDO A SEDENTE	HÁBITOS SALUDABLES
BAJAR DE PESO - ASISTENCIA CON NUTRICIONISTA	HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR	PAUSAS ACTIVAS	REALIZAR DEPORTE (NO DE IMPACTO)
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ACTIVIDAD FISICA 20 MINUTOS AL DIA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CAMBIO PERIODICO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS 3 VECES AL DIA, EVITAR POSTURAS FORZADAS NO ERGONOMICAS CUNCLILLAS, RODILLAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico Firma: Nombre: Dr Martin Emilio Rodriguez
R. M.: 379-93
L.S.O.: 25-3449

Dr. Martin E. Rodriguez C.
Especialista en Salud Ocupacional
L.S.O. 25-3449 - R.M. 379-1993

FIRMA TRABAJADOR

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
1 DÍA	09 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL** INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CLEIVER RODRIGUEZ	MASCULINO	41	CC	15109515
			Tipo	Número

Cargo: OPERARIO SEÑALIZACIÓN

INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES GENERALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRIA	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	CAMBIOS DE POSTURA DE BIPEDO A SEDENTE	HÁBITOS SALUDABLES
BAJAR DE PESO - ASISTENCIA CON NUTRICIONISTA	HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR	PAUSAS ACTIVAS	REALIZAR DEPORTE (NO DE IMPACTO)
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ACTIVIDAD FISICA 20 MINUTOS AL DIA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CAMBIO PERIODICO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS 3 VECES AL DIA, EVITAR POSTURAS FORZADAS NO ERGONOMICAS CUNCLILLAS, RODILLAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico Firma: Nombre: Dr Martin Emilio Rodriguez

R. M.: 379-93 **L.S.O.:** 25-3449

FIRMA TRABAJADOR

VIVIRSALUD
UNIDAD MEDICO QUIRURGICA DE ESPECIALISTAS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
1 DÍA	09 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL** INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
Q&R SEÑALIZACIONES SAS	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALBERTO RODRIGUEZ	MASCULINO	51	CC	18465957
			Tipo	Número

Cargo: OPERARIO SEÑALIZACIÓN

INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES GENERALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRIA	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	CAMBIOS DE POSTURA DE BIPEDO A SEDENTE	HÁBITOS SALUDABLES
BAJAR DE PESO - ASISTENCIA CON NUTRICIONISTA	HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR	PAUSAS ACTIVAS	REALIZAR DEPORTE (NO DE IMPACTO)
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ACTIVIDAD FISICA 20 MINUTOS AL DIA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CAMBIO PERIODICO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS 3 VECES AL DIA, EVITAR POSTURAS FORZADAS NO ERGONOMICAS CUNCLILLAS, RODILLAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico Firma: Nombre: Dr Martin Emilio Rodriguez
R. M.: 379-93
L.S.O.: 25-3449

FIRMA TRABAJADOR

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10964 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-99, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551994 – 3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
RESOLUCIONES: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(ADMINISTRATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VÍAL S.A.S								
1.2-Empresa Usuaria:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VÍAL S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.		
1.5-Actividad Económica:	SEÑALIZACIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día 21	Mes JULIO		Año 2021			
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	BALLESTEROS AGUIRRE PILAR ANDREA						1.8-HEMOCLASIFICACIÓN:	0+	
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	52.978.375	1.10-GÉNERO	MASCULINO		FEMENINO	X	1.11-Edad (años)	38
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	ASISTENTE ADMINISTRATIVA						1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	UC	
1.14-SEGURIDAD SOCIAL:	E.P.S. SANITAS		A.R.L. COLPATRIA		A.F.P. COLPENSIONES				
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL: X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:			
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL								

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:													
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE					NO	X	SI		
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS					NO	X	SI		
2.3-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental		Cardiovas-cular		Osteo-articular		Visual		Otro			
2.4-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL									

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDA LABORAL		
3-4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO					DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS				
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO	X	SI			NO	X	SI	
4.2-CARDIOVASCULAR	X		RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO	X	SI		LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI	
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI	
4.5-RESPIRATORIO	X		USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.8-RIESGO BIOLÓGICO	X		VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO	X	SI		INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

SEGUIR PAUTAS ERGONÓMICAS PREVENTIVAS: HIGIENE POSTURAL Y REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	Pilar Ballesteros C.C 52.978.375 Bta.	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC:	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.551.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10964 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-09, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551994 – 3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(OPERATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	MANTENIEMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.										
1.2-Empresa Usuaria:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.				
1.5-Actividad Económica:	SEÑALIZACIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día	20	Mes	AGOSTO	Año	2021			
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	CALDERÓN ÁNGEL JENIFER FRANCESCA								1.8-RH		0+
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	1.030.544.130	1.10-GÉNERO	MASCULINO		FEMENINO	X	1.11-Edad (años)	33		
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	TRABAJADORA SOCIAL							1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	UC		
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	COMPENSAR	A.R.L.	SURA			A.F.P.	COLPENSIONES			
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:				
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFEENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:											
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE		NO	X	SI			
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS		NO	X	SI			
2.3-ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD											
2.4-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental		Cardiovas-cular		Osteo-articular		Visual		Otro	X	
2.5-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL							

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO										
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO	X	SI		
4.2-CARDIOVASCULAR	X		RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI		
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI		
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI		
4.5-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI		
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI		
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI		
4.8-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DE MAYO 8 DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANIEL NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017		
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC 1030544130	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD. EFICIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT 900350757-6, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANIEL NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC 5 551 915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD. QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CONTENGA LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFICIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANTENER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO fue expedido con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, a excepción de aquellos casos en que el examinado

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10964 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-09, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551994 – 3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(OPERATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.												
1.2-Empresa Usuaria:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.						
1.5-Actividad Económica:	SEÑALIZACIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día	26	Mes	JULIO	Año	2021					
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	CAMARGO FRANCO JORDANA FRANCISCA								1.8-HEMOCLASIFICACIÓN	0+			
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	1.052.382.916	1.10-GÉNERO	MASCULINO		FEMENINO	X	1.11-Edad (años)	33				
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	RESIDENTE DE OBRA								1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	UC			
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	FAMISANAR	A.R.L.	SURA				A.F.P.	COLPENSIONES				
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:						
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFEENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:											
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE	NO	X	SI	
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS	NO	X	SI	
2.3-ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD											
2.4-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental		Cardiovas-cular	X	Osteo-articular		Visual		Otro	
2.5-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL		X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL								

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DE RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO											
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO		SI	X
4.2-CARDIOVASCULAR		X	RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI	
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI	
4.5-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.8-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS. BAJAR DE PESO.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DE MAYO 8 DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017		
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC: 1052382916	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANEJAR LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10964 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-09, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551994 – 3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(OPERATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.										
1.2-Empresa Usuaria:	MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD CIAL S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.				
1.5-Actividad Económica:	SEÑALIZACIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día	31	Mes	JULIO	Año	2021			
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	AVENDAÑO CIPAGAUTA ALBA ZULEIDY								1.8-ESCOLARIDAD	A+	
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	1.053.608.571	1.10-GÉNERO	MASCULINO		FEMENINO	X	1.11-Edad (años)	30		
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	RESIDENTE DE OBRA								1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	ES	
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	COMPENSAR	A.R.L.	SURA				A.F.P.	PROTECCIÓN		
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:				
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCION 2346 de 2007), EN LOS DIFEENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:										
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE		NO	X	SI		
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS		NO	X	SI		
2.3-ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD										
2.4-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental		Cardiovascular		Osteo-articular		Visual		Otro	
2.5-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL		X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL							

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO									
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO	X	SI	
4.2-CARDIOVASCULAR	X		RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI	
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI	
4.5-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.8-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DE MAYO 8 DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017		
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC: 1.053.608.571	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., EFS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT. 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD. QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANEJAR LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10964 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-09, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551994 – 3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(OPERATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	MANTENIEMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.										
1.2-Empresa Usuaria:	MANTENIEMIENTO Y SEGURIDAD VIAL S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.				
1.5-Actividad Económica:	SEÑALIZACIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día	01	Mes	SEPTIEMBRE	Año	2021			
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	LOSADA OSORIO RAMÓN ANTONIO								1.8-CLASIFICACIÓN	A+	
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	83.229.337	1.10-GÉNERO	MASCULINO	X	FEMENINO		1.11-Edad (años)	42		
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	UC		
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	NUEVA EPS	A.R.L.	SURA			A.F.P.	PROTECCIÓN			
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:				
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFEENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:					RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:				
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE	NO	X	SI	
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS	NO	X	SI	
2.3-ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD								
2.4-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental		Cardiovascular	X	Osteo-articular	X	Visual		Otro	
2.5-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL				

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL	X	
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO										
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO		SI	X
4.2-CARDIOVASCULAR		X	RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI	
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI	
4.5-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.8-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. BAJAR DE PESO.
SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS. BAJAR DE PESO.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DE MAYO 8 DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017		
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC:	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380737-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD. QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10964 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-09, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551994 – 3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(OPERATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	SEGURIDAD Y MANTENIEMIENTO VIAL S.A.S.										
1.2-Empresa Usuaria:	SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO VIAL S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.				
1.5-Actividad Económica:	SEÑALIZACIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día	18	Mes	AGOSTO	Año	2021			
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	RODRÍGUEZ AMADO JHONNY FERNANDO								1.8-DESPLAZADO CAUSA	0+	
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	1.023.864.307		1.10-GÉNERO	MASCULINO	X	FEMENINO		1.11-Edad (años)	35	
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	TECNOLOGO EN GEORREFERENCIACIÓN								1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	TC	
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	SALUD TOTAL		A.R.L.	SURA				A.F.P.	PROTECCIÓN	
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:				
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFEENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:											
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE				NO	X	SI	
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS				NO	X	SI	
2.3-ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD											
2.4-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental		Cardiovascular	X	Osteo-articular		Visual		Otro		
2.5-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL						

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO										
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO	X	SI	
4.2-CARDIOVASCULAR		X	RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI	
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI	
4.5-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.8-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. DEJAR DE FUMAR. BAJAR DE PESO.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DE MAYO 8 DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANIEL NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	1.023.864.307	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., ES DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT 900380257-6, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANIEL NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC 5'561.915. DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD. QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y EN BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CONTENGA EL QUE Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DE ESTRICTAMENTE PROHIBIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANEJAR LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Anexo I

Consorcio MYSV-OINCO

REGISTRO DECLARACIÓN DE SALUD

SST - 01

aro de manera libre, expresa, inequivoca e informada, que AUTORIZO a CONSORCIO MYSV OINCO , como responsable del tratamiento de los datos que proporcione por medio de este documento y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar, transmitir, verificar, suministrar, actualizar y confirmar la información brindada por mi parte. Manifiesto que me informaron en caso de recolección de mi información sensible, tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación (orientación politica, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la sexual y los datos biométricos). Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para las siguientes finalidades:
ra prevenir, tratar o controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos.
stionar trámites ante las diferentes entidades relacionadas con protocolos de Bioseguridad y demás documentos correspondientes relacionados con la emergencia sanitaria del COVID -19.
plementacion, verificación, control para programa del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. Consiento que la información que voy a otorgar es veraz, completa, exacta, actualizada comprobable comprensible.
ifiesto igualmente que he sido informado sobre la Política de Protección de Datos Personales de CONSORCIO MYSV - OINCO disponible dentro de las instalaciones , la cual puede ser consultada en cualquier momento.
ro que la resolucion 777 del 2021 derroga las demas resoluciones y solo permite estos controles efectivos dentro y fuera de operaciones o instalaciones : algunas de las Medidas de autocuidado Lavado e higiene de manos
stanciamiento fisico
so de tapabocas . Limpieza y desinfección se deja opcional la toma de temperatura en caso de que se encuentre alguntrabajador con este sintoma

INSTRUCCIONES	Si al finalizar la encuesta la persona presenta alguno de los sintomas no se permitirá el ingreso, orientando a la persona a cumplir un aislamiento preventivo. Asi mismo se dará la orientación para asistir a su EPS o consultar a la Secretaria de Salud correspondiente.
	El Lider SST deberá continuar el canal de reporte de los casos de sintomatologia acorde al procedimiento .
	Si al finalizar la encuesta la persona no presenta ningun tipo de sintomatologia se autoriza el ingreso a las instalaciones.

OYECTO/PROCESO:

NOMBRE LÍDER SST O PERSONA QUE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO : RAdriana Losada

CHA: 12-Sept-2021

I°	Datos Personales		Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor Muscular	Dolor de cabeza	Malestar General	Dolor de garganta	Congestion o goteo nasal	Fatiga	Perdida del Gusto	Perdida del olfato	¿Usted ha realizado viajes nacionales o internacionales en los ultimos 14 dias?	¿Ha tenido contacto en las ultimas 24 horas con personas que hayan tenido alguno de estos sintomas?	Tomas de Temperatura es opcional si se presenta este: Prueba confirmatoria fiebre mayor a 38°C	Firma
	Nombre completo	C.C.														
	[illegible]	1510958[illegible]		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	35.5	[illegible]
	[illegible]	-19[illegible]	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	36.3	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	35.5	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	36.1	[illegible]
	[illegible]	1030231[illegible]	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	36.3	[illegible]
0																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																

Escaneado con CamScanner

Consorcio MYSV-OINCO

REGISTRO DECLARACIÓN DE SALUD

SST - 01

laro de manera libre, expresa, inequivoca e informada, que AUTORIZO a CONSORCIO MYSV OINCO , como responsable del tratamiento de los datos que proporcione por medio de este documento y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar, transmitir, verificar, suministrar, actualizar y confirmar la información brindada por mi parte. Manifiesto que me informaron , en caso de recolección de mi información sensible, tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación (orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la a sexual y los datos biométricos). Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para las siguientes finalidades:

Para prevenir, tratar o controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos.

Gestionar trámites ante las diferentes entidades relacionadas con protocolos de Bioseguridad y demás documentos correspondientes relacionados con la emergencia sanitaria del COVID -19.

mplementación, verificación, control para programa del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. Consiento que la información que voy a otorgar es veraz, completa, exacta, actualizada comprobable comprensible.

anifiesto igualmente que he sido informado sobre la Politica de Protección de Datos Personales de CONSORCIO MYSV - OINCO disponible dentro de las instalaciones , la cual puede ser consultada en cualquier momento.

laro que la resolucion 777 del 2021 derroga las demas resoluciones y solo permite estos controles efectivos dentro y fuera de operaciones o instalaciones : algunas de las Medidas de autocuidado Lavado e higiene de manos

Distanciamiento fisico

Uso de tapabocas . Limpieza y desinfección se deja opcional la toma de temperatura en caso de que se encuentre alguntrabajador con este sintoma

INSTRUCCIONES	Si al finalizar la encuesta la persona presenta alguno de los sintomas no se permitira el ingreso, orientando a la persona a cumplir un aislamiento preventivo. Asi mismo se dará la orientación para asistir a su EPS o consultar a la Secretaria de Salud correspondiente.
	El Lider SST deberá continuar el canal de reporte de los casos de sintomatologia acorde al procedimiento .
	Si al finalizar la encuesta la persona no presenta ningun tipo de sintomatologia se autoriza el ingreso a las instalaciones.

ROYECTO/PROCESO:

NOMBRE LÍDER SST O PERSONA QUE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO : _____

ECHA: 07 Septiembre 2021

	Datos Personales													Tomas de Temperatura es opcional si se presenta este	
N°	Nombre completo	C.C.	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor Muscular	Dolor de cabeza	Malestar General	Dolor de garganta	Congestion o goteo nasal	Fatiga	Perdida del Gusto	Perdida del olfato	¿Usted ha realizado viajes nacionales o Internacionales en los ultimos 14 dias?	¿Ha tenido contacto en las ultimas 24 horas con personas que hayan tenido alguno de estos sintomas?	Prueba confirmatoria fiebre mayor a 38°C	Firma
1	Ronald A. García	19923524	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	35.6	
2	DAVID Ojeda	70553046	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	35.4	
3	JHON EDWIN	1053813238	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	35.4	
5	[illegible]	1[illegible]5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	36.5	
6	ALBERTO [illegible]	1846[illegible]	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	36.5	
7	Jordano Camargo F.	1012382916	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	36.0	
8	[illegible]	1[illegible]431	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	36.2	
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																

Escaneado con CamScanner

Anexo J

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-02, 07:46:47 AM **Tipo Planilla** Y **Número Planilla** 1040066659

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202108

Cliente:

PAGADA 2021-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CORNABIS T I A				
Documento	NI 900060153	**Dirección**	CRA 7 BIS 18 B 31 501		
Tipo de Empresa	AGREMIACIONES O ASOCIACIONES	**Teléfono**	3347694		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	1
Ciudad	PEREIRA	**Departamento**	RISARALDA		
Representante Legal	OROZCO ALZATE NANCY ESTELA	**Identificación**	CC 66772020		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010231433		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	16	00					HERNANDEZ MALAGON JOSE ORLANDO			BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X	X														0	17	17	0	0			$ 908.526	230301		16 %	$ 514.832	$ 82.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 514.832	$ 64.400	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 82.400	$ 0	$ 0	$ 64.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 146.800

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 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2021-08-12 04:05:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES. **Número Planilla:** 8845630065

Periodo Cotización: Agosto de 2021 **Periodo Servicio:** Agosto de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8877733640

PAGADA 12/08/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HERNANDEZ MALAGON JUAN DAVID				
Documento	CC 1.010.231.431	**Dirección**	av. primero de mayo # 69-25		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	7107622		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	HERNANDEZ MALAGON JUAN DAVID	**Identificación**	CC 1.010.231.431		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A: da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades															Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1.010.231.431	HERNANDEZ MALAGON JUAN DAVID	057	03																	0	30	30	0	NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	SANITAS EPS	$908.526	$113.600	SURA ARL	$ 908.526	$ 39.500	NINGUNA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$0	$908.526	$908.526	$ 0	$0	$ 0	$0	$ 113.600	$ 39.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$0	$ 0	$0	$0	$ 153.100

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
0

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888777704000000000991231

Grupo Éxito-Finamérica-Comfandi Grupo Éxito-Finamérica-

(415)7709998485884(8020)887777040000(3900)0000000(96)20991231

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 8850 - 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!

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901499929
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO MYSV OINCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 163D N. 5A - 25	TELÉFONO:	3081580
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras instalaciones especializadas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	00003 - MANTENIMIENTO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	**7810124905**			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):	2021/09/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1129947488		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	2	$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 416.000	$ 0	$ 416.000
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 1.317.400	$ 0	$ 0	$ 24.200	$ 24.200	$ 0	$ 0	$ 1.365.800	$ 0	$ 1.365.800
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 480.000	$ 0	$ 480.000
SUBTOTALES:										**$ 2.261.800**	**$ 0**	**$ 2.261.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.400	$ 0	$ 0	$ 193.400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.000	$ 0	$ 0	$ 216.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 120.000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 24.000
SUBTOTALES:													**$ 553.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 553.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 458.700	$ 458.700	$ 0	$ 0	$ 458.700
SUBTOTALES:									**$ 458.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 458.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	6	$ 553.400	$ 0	$ 553.400
SUBTOTALES:			**$ 553.400**	**$ 0**	**$ 553.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																									ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1023864307	RODRIGUEZ AMADO JHONNY FERNANDO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI	19																230201-PROTECCION	12	$ 600.000	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 96.000	EPS002-SALUD TOTAL	12	$ 600.000	$ 24.000	$ 0	$ 24.000	14-11 - ARL SURA	12	$ 600.000		$ 41.800	12	$ 600.000	CCF24-COMPENSAR	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1030544130	CALDERON ANGEL JENIFER FRANCESCA	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI	23																25-14 COLPENSIONES	8	$ 400.000	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 64.000	EPS008-COMPENSAR	8	$ 400.000	$ 16.000	$ 0	$ 16.000	14-11 - ARL SURA	8	$ 400.000		$ 27.900	8	$ 400.000	CCF24-COMPENSAR	$ 16.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1052382916	CAMARGO FRANCO JORDANA FRANCISCA	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.000.000		$ 208.800	30	$ 3.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1053608571	AVENDAÑO CIPAGAUTA ALBA ZULEIDY	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000		$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 52195669	BOHORQUEZ AVENDAÑO LILIANA	DEPEND		$ 5.000.000	FIJO			SI	02																25-14 COLPENSIONES	29	$ 4.833.334	$ 773.400	$ 24.200	$ 24.200	$ 0	$ 0	Normal	$ 821.800	EPS005-SANITAS S.A.	29	$ 4.833.334	$ 193.400	$ 0	$ 193.400	14-11 - ARL SURA	29	$ 4.833.334		$ 25.300	29	$ 4.833.334	CCF24-COMPENSAR	$ 193.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 79962779	PRIETO MARTIN MAURICIO ALEJANDRO	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.000.000		$ 15.700	30	$ 3.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 3.827.300**

Planilla Pagada

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	901146080-5	SIMANSI SAS	CL 30 #3A-57 OF 101	7898874	simansisas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	Y		53055523	$595.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	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	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	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	167.700				167.700	0	0	167.700			1.677	167.700	2

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	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	167.700	167.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	595.200	595.200

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
NI	901146080-5	SIMANSI SAS		CL 30 #3A-57 OF 101	7898874	simansisas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	Y		53055523	$595.200	

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	Estornado	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	27898101	NAVARRETE RINCON LUZ MARY	59	5			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-23	908.526	5	63.300		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	79879715	NUÑEZ TRIANA JEISSON RAPHAEL	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS010	1.500.000	187.500	14-23	1.500.000	5	104.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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

Anexo K

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/08/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901300235	**Cédula Usuario:**	C 1013659458
Nombre:	Q&R SEÑALIZACIONES SAS				
Dirección:	CL 62 B 70 35 SUR				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	QYRSENALIZACION@GMAIL.COM				
Teléfono:	3106953484		**Tarifa:**	6.960	
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 AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1013659458	MIGUEL ANGEL RIAÑO NIETO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	69	06/08/2021	C 1053813234	GALVEZ HURTADO JHON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

B7B70F3C73DDB4E6944D873556BFC7CA Certificado impreso el día 8/5/2021 12:02:20 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
JHON EDUARD
GALVEZ HURTADO
1053813234
Q&R SEÑALIZACIONES SAS
901300235
Este carné es personal e intransferible.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHON EDUARD GALVEZ HURTADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.813.234**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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.

Bogotá DC. 5 de Agosto de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/8/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1053813234
Nombres y Apellidos	JHON EDUARD GALVEZ HURTADO
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300235
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	5/8/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	5/8/2021
Cargo	operario
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1500000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

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

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

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 F N M Condición T P				

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

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
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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											
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		
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)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	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 ☐ 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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 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 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 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, Institucional 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. 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
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.

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- ORIGINAL ÚNICA -

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

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

	SÍ	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?	☐	☐
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	☐	☐

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____No._____quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

FORTECO S.A. NIT 860.013.402 - 8 TEL. 7133434
05/04/2019

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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 • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

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

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 F N M Condición T P				

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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											
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		
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)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	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 [ ] 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 [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

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 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 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 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, Institucional 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. 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 (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.

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

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- MOVILIDAD -

Bogotá D.C. 01 de Septiembre de 2021

Señor: Consorcio MYSV-OINCO

Ref. AFILIACIÓN PENSIÓN TRABAJADORES EXTRANJEROS

Por medio de la presente Q&R Señalizaciones S.A.S. notifica que los trabajadores y/o empleados extranjeros que se encuentren dentro de la libre contratación de nuestra empresa no cuentan con afiliación de fondo de pensiones.

De acuerdo con el *Art.96* de la constitución colombiana son Nacionales Colombianos (…) *Naturales de Colombia, que con una de dos condiciones: que el padre o la madre hayan sido naturales o nacionales colombianos o que, siendo hijos de extranjeros, alguno de sus padres estuviere domiciliado en la República en el momento del nacimiento (…).*

Sin embargo, "Al igual que cualquier trabajador colombiano, los trabajadores extranjeros deberán encontrarse afiliados al sistema general de seguridad social en Colombia **(Salud, Caja de compensación y Riesgos laborales)**", por cuanto Q&R Señalizaciones S.A.S. actúa bajo el marco de la ley vinculado a las personas con nacionalidad extranjera mediante un contrato de trabajo con prestaciones de ley cumpliendo a cabalidad el *Artículo 3º de la Ley 797 de 2.003 el cual modifica el artículo 15 de la Ley 100 de 1.993, "Las personas a que se refiere el numeral segundo del presente artículo podrán afiliarse al régimen por intermedio de sus agremiaciones o asociaciones, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de esta ley".*

Sírvase firmar el duplicado, para dejar constancia de esta notificación.

Atentamente,

SEÑALIZACIONES S.A.S.
Ingeniería y señalización vial

Gerente General Q&R Señalizaciones SAS
Representante Legal Q&R Señalizaciones SAS

Proyecto: Juan Manuel Primicero
Reviso: Juan Manuel Primicero

Juan Manuel Primiciero
CC 80.221.738
TP 245.415-T

Bogotá DC. 8 de Julio de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 8/7/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CE 1922152
Nombres y Apellidos	RONALD ALEXANDER GARCIA DIAZ
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300235
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	9/7/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	8/7/2021
Cargo	operario de señalizacion
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 908546

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

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

compensar | eps salud

No. de Radicación: 0026832406 1 | Fecha de Radicación: 09 10 AM 12 10 12 11 A

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

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

6. Apellidos y nombres			
Garcia	Diaz	Ronald	Alexander.
7. Tipo de documento de identidad: C.E.	8. Número de documento de identidad: 19.221.524	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 10 11 1988.

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	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
	Kr 78C No 42 sur - 31			3224139355 -
Idenaldo92008@hotmail.com	Bogotá	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Bogotá	Bogotá.

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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	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 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)
Cot.		
B		
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	36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación	

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 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 de 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 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 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 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 envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] 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 la 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 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

	SI	NO
¿Previo 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 la 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?	☐	☐

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: 19 221 524

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: 19221524

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
RONALD ALEXANDER
GARCIA DIAZ
19221524
Q&R SEÑALIZACIONES SAS
901300235
Este carné es personal e intransferible.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DARINEL GALLEGO JULIO identificado(a) con C.C No. 70.530.726, 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 10 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 Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Bogotá DC. 10 de Agosto de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 10/8/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 70530726
Nombres y Apellidos	Darinel Gallego Julio
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300235
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	10/8/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	10/8/2021
Cargo	Operario
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1200000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 09/08/2021

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. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual [X] • Cotizante o cabeza de Familia • 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 registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Gallego	Segundo Apellido: Julio	Primer Nombre: Carmen	Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 70.530.726	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 01/05/1983

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	16. Administradora de pensiones
	[ ]			Positiva	Colfondos

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1200.000	cra 98H 73-85 sur			7136840	3039016631
mcmelo112@gmail.com	Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	bogotá		Bogotá

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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: D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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											
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		
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)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	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 [ ] 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	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	42. Fecha novedad: D D M M A A A A

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 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 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 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 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, institucional 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. 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: D D M M A A A A	69. Fecha de validación: D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

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.

Cadena s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

Famisanar
NIT 830.003.564-7

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

	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?	[X]	[ ]
¿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?	[X]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X]	[ ]
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	[X]	[ ]
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	[X]	[ ]

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en **www.famisanar.com.co**, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Carmel Gallego Julio

Identificación: 70.530.726

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/08/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901300235	**Cédula Usuario:**	C 1013659458
Nombre:	Q&R SEÑALIZACIONES SAS				
Dirección:	CL 62 B 70 35 SUR				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	QYRSENALIZACION@GMAIL.COM				
Teléfono:	3106953484		**Tarifa:**	6.960	
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 AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1013659458	MIGUEL ANGEL RIAÑO NIETO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	70	11/08/2021	C 70530726	GALLEGO JULIO DARINEL	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2AE3546744AD956A80E628262565AA17 Certificado impreso el día 8/10/2021 8:22:08 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
DARINEL
GALLEGO JULIO
70530726
Q&R SEÑALIZACIONES SAS
901300235
Este carné es personal e intransferible.

Bogotá D.C. 01 de Septiembre de 2021

Señor: Consorcio MYSV-OINCO

Ref. AFILIACIÓN PENSIÓN TRABAJADORES EXTRANJEROS

Por medio de la presente Q&R Señalizaciones S.A.S. notifica que los trabajadores y/o empleados extranjeros que se encuentren dentro de la libre contratación de nuestra empresa no cuentan con afiliación de fondo de pensiones.

De acuerdo con el *Art.96* de la constitución colombiana son Nacionales Colombianos (…) *Naturales de Colombia, que con una de dos condiciones: que el padre o la madre hayan sido naturales o nacionales colombianos o que, siendo hijos de extranjeros, alguno de sus padres estuviere domiciliado en la República en el momento del nacimiento (…).*

Sin embargo, "Al igual que cualquier trabajador colombiano, los trabajadores extranjeros deberán encontrarse afiliados al sistema general de seguridad social en Colombia **(Salud, Caja de compensación y Riesgos laborales)**", por cuanto Q&R Señalizaciones S.A.S. actúa bajo el marco de la ley vinculado a las personas con nacionalidad extranjera mediante un contrato de trabajo con prestaciones de ley cumpliendo a cabalidad el *Artículo 3º de la Ley 797 de 2.003 el cual modifica el artículo 15 de la Ley 100 de 1.993, "Las personas a que se refiere el numeral segundo del presente artículo podrán afiliarse al régimen por intermedio de sus agremiaciones o asociaciones, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de esta ley".*

Sírvase firmar el duplicado, para dejar constancia de esta notificación.

Atentamente,

SEÑALIZACIONES S.A.S.
Ingeniería y señalización vial

Gerente General Q&R Señalizaciones SAS
Representante Legal Q&R Señalizaciones SAS

Proyecto: Juan Manuel Primicero
Reviso: Juan Manuel Primicero

Juan Manuel Primiciero
CC 80.221.738
TP 245.415-T

Bogotá DC. 1 de Septiembre de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/9/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 15105515
Nombres y Apellidos	Cleiver Rodriguez
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300235
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/9/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	1/9/2021
Cargo	Operario
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 908526

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

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**

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)

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad **8. Número de documento de identidad** **9. Sexo** Femenino Masculino **10. Fecha de nacimiento**

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** **16. Administradora de pensiones**

17. Ingreso base de cotización - IBC **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 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M / Condición T P	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)

Cot.
B
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 **36. Tipo de documento de identificación**

37. Número del documento de identificación **38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

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 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 de 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 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 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 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 envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4450870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000915383
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio

CUESTIONARIO 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

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo 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 la 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?		

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación:

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) con C.C. No.
lo hace en su nombre, el (la) señor(a)
con C.C. No. mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección
de domicilio:

Nombres y apellidos
de quien no sabe
firmar:

Identificación:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación:

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/ los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: la opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o
beneficiario.

B. Colectiva: la opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: la opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: la opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

Cotizante: aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen
Contributivo.

Cabeza de familia: aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:

Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

Pensionado: si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se
encuentra a su cargo.

Código: este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de
cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una *X*, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una *X*, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del Artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una *X* en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una *X*, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad:

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	**Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	**Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad
TI	**Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	**Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	**Pasaporte,** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	**Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior
izquierda del documento, no el indicátivo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el
cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia
01	Indígena
02	Rrom (gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:

Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente.

13. Puntaje SISBÉN:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

Cód.	Grupo Poblacional
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09,11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02,06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales
donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de
identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:

Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

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

En las filas identificadas con los códigos B1 , B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:

Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional,
como aparece en la siguiente tabla:

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.
31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.
32. Datos de residencia:
Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, cajas de compensación familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:
Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
36. Tipo de documento de identificación:
Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:
Escriba el número del documento de identificación.
38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.
39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.
B. REPORTE DE NOVEDADES
El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.
40. Tipos de novedad:
Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

Número	Nombre
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
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 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
14	Traslado
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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES
Novedad 1: modificación de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

2: Corrección de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios
Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS
Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Código	Condición
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta sucrita por el empleador.
La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.
Novedad 6: Reinscripción en la EPS
Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.
Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.
Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales
Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serio, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de dentificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 13: Movilidad.** También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 13: Movilidad.** Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que Inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el traslado
01	Por ejercicio de la libre elección
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
03	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
04	Por unificación del núcleo familiar.
05	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
06	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

  Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la
modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la caja de compensación familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO 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 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 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 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.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. 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 aplopción 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 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:

- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

compensar | eps salud

Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño de la EPS

Apreciado afiliado, para nuestra EPS es muy importante compartir la siguiente información, la cual le permitirá a usted y su familia conocer los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los que tiene derecho como afiliado.

1 Glosario

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

CTC: Comité Técnico Científico

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

P y P: Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad

PAI: Plan ampliado de inmunización

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

UPC: Unidad de Pago por Capitación

Afiliado: es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho al acceso a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el SGSSS y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Afiliado adicional: es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

Afiliado cabeza de familia: es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, así como el registro de las novedades correspondientes.

Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado, que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

Atención con internación: modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

Actividad de salud: conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

Atención de urgencias: modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

Atención domiciliaria: modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

Atención inicial de urgencia: denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0201
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4300070 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000 915300
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio

de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Consulta médica: es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Consulta odontológica: valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Demanda inducida: es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Enfermedad de alto costo: aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una EPS a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

Interconsulta: es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

Movilidad: es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el SGSSS focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

Novedades: son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o a la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Patologías de tipo catastrófico: Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguiente procedimientos: transplante renal, de hígado, corazón, médula ósea y córnea; diálisis peritoneal y hemodiálisis, manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central, reemplazos articulares, manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado, manejo del trauma mayor, diagnóstico y manejo del paciente infectado por el VIH-SIDA, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, manejo de pacientes en Unidad de cuidado intensivo, manejo quirúrgico de enfermedades congénitas. Estos eventos se encuentran exonerados del cobro de copago.

Plan de beneficios: es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al SGSSS definido conforme a la normatividad vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Promoción de la salud: son todas las estrategias educativas, comunicacionales y de información, dirigidas a todos los afiliados, con el fin de promover en ellos prácticas y comportamientos saludables, su compromiso en la contribución de niveles de salud esperados y la adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud contribuyendo al uso racional y sostenible. La información suministrada por los diversos canales básicamente es sobre factores protectores (ej. vacunas) y de riesgo (ej. tabaquismo) en la población general o por ciclo vital.

Referencia y contrareferencia: conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago. La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para la atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo, con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario. La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud, receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

Régimen Contributivo: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

Tecnología de salud: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Telemedicina: es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

Traslado: son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS.

Triage: en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Con el triage se busca:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución,
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.
- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

Urgencia: es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2 Servicios de salud a los que tiene derecho como afiliado a la EPS

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de prestaciones asistenciales y económicas en salud, definidas por ley, que todas las Entidades Promotoras de Salud, deben prestar a sus afiliados en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las coberturas en salud han sido definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5592 de 2015 y Resolución 0001 de 2016 dentro de las cuales se encuentran:

- Servicios de puerta de entrada: consulta médica y odontológica no especializada, pediatría y obstetricia, urgencias y medicina familiar.
- Prestaciones económicas (solo cotizantes)
- Vacunación
- Servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear y escanografía
- Servicios especializados de salud y especialidades medico quirúrgicas, remitidos por medicina general o por cualquier especialidad definida como puerta de entrada.
- Apoyo terapéutico: terapia física, respiratoria y del lenguaje.
- Atención de patologías de tipo catastrófico.
- Suministro de medicamentos esenciales.
- Cirugía ambulatoria y con internación.
- Hospitalización medica en todos los niveles de complejidad.

El plan de beneficios completo lo puede encontrar en la página web: www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx

3 Ayúdenos a cuidar su salud: programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Compensar cuenta con programas de promoción en salud que están orientados a fortalecer las competencias de su población en aras de recuperar y mantener su salud. Nuestro Modelo de Atención se enfoca en gestionar el riesgo, de manera que se identifique cualquier condición que pueda afectar la salud, por lo tanto se busca fomentar el autocuidado y se ofrecen los programas de:

Protección específica: vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención preventiva en salud bucal, atención del parto (los beneficiarios pagan copago), atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana: detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años), detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años), detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana del cáncer de seno, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual de personas en edades de 4, 11, 16 y 45 años y consulta de salud visual para el adulto mayor.

Atención obstétrica: las mujeres en estado de embarazo se les cubrirán la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto (los beneficiarios pagan copago), en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

La atención obstétrica contemplará: consulta médica general (De acuerdo con la guía de atención), consultas de enfermería (De acuerdo con la guía de atención), consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo con la guía de atención, ecografía gestacional de acuerdo con el criterio médico, atención del parto, consultas post parto, medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo con lo establecido para el nivel I de atención, radiografía de acuerdo con lo establecido para el nivel I, atención de urgencias, odontología, atención en nutrición y planificación familiar. (De acuerdo con el riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente.)

Adicionalmente, las actividades de inducción de demanda se realizan con el fin de clasificar el riesgo en el que se encuentra el usuario y tiene como fin realizar una intervención oportuna tanto para prevenir que se instaure una patología, como para poder actuar rápidamente cuando ya tiene la enfermedad instaurada, también cuando presenta una condición particular. Dentro de estas actividades están incluidas las personas con patologías crónicas: diabetes, enfermedades cardiovasculares en general y cáncer y post-hospitalización en gestantes.

4 Los servicios de salud que no están incluidos en el POS

Conforme lo establecido en la Resolución 5592 de 2015, se definen como exclusiones:

Exclusiones Generales:
- Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivos o de capacitación que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el sistema de salud, asi como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social, tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, asi sean prescritas por el médico tratante.
- Servicios y tecnologías de salud conexos, asi como complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 154 de la ley 1450 de 2011.

Exclusiones Específicas:
- Sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, lentes de contacto y líquido para lentes, filtros o colores y películas especiales.
- Tratamiento con psicoanálisis.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal.
- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante, ni pacientes con diagnostico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
- Trasporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios.

5 Conozca sus Derechos y Deberes

En esta sección encontrará los derechos y deberes que contempla la Ley para usted y su grupo familiar como afiliados al POS.

Derechos:

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
- Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos No incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
- Continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado.
- A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- Protección especial a niñas y niños. Es su derecho acceder a un servicio de salud para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.
- Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.
- Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.

- Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsistencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por el personal competente y autorizado para su ejercicio.
- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las entidades promotoras de salud no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
- Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Recibir protección especial a los afiliados con enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos.
- Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido súbitamente.
- Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.
- Para la verificación de derechos se solicitará únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copia, fotocopias o autenticaciones de documentos.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como cotizantes: personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismo internacionales acreditados en el país; los servidores públicos; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado; los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como beneficiarios: miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con el Artículo 2.1.4.1 del Decreto 780 de 2016, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones para ser cotizante.

Deberes:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.
- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingreso.
- Cuando los cónyuges, compañeros (as) permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, estos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tenga cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad. Si uno de los cónyuges, compañera (o) cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto esté como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.
- El trabajador dependiente debe reportar la afiliación al SGSSS, si aun no se encuentra afiliado, y registrar las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También debe reportar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos a través de los medios que disponga el Ministerio de Salud para tal fin. El empleador debe registrar las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación.
- El trabajador independiente debe realizar su afiliación y registrar las novedades.
- Los trabajadores dependientes e independientes deben registrar todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios y afiliados adicionales; los beneficiarios deben registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.
- Para los casos de movilidad, el afiliado debe registrar la solicitud expresa de la movilidad en el formulario físico o electrónico, de su núcleo familiar. Esta novedad debe ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a mas tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, en caso de tener derecho a estos. La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo debe ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

A. Causales de suspensión (Decreto 780 de 2016):

Se suspende la afiliación por las siguientes causales:

- Mora de 2 meses en cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional (Artículo 2.1.9.1 y 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016)
- Si no se presentan los soportes requeridos que acrediten la condición de beneficiarios durante los 3 meses siguientes a partir del primer requerimiento al cotizante, excepto gestantes y menores de edad.

B. Causales de terminación de la inscripción en una EPS (Decreto 780 de 2016):

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, o cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporta la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme al Artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016.
- Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones para ostentar dicha condición, y no reporten la novedad de cotizante dependiente, independiente, afiliado adiciona o de movilidad entre regímenes.
- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS. Esta novedad se debe reportar a más tardar el ultimo día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción, en caso de no reportar la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causara deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones en los términos previstos por el Artículo 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016. Cuando el afiliado regrese al país debe reportar la novedad mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.
- Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o legalmente establecido, ya que estas prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo, por lo cual no se puede estar afiliado simultáneamente en ambos regímenes. Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.
  En caso que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero (a) permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esta obligado a cotizar al SGSSS deberá efectuar la respectiva cotización al FOSYGA. Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañero (a) permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, deberá afiliarse en el SGSSS y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar, el obligado a cotizar al SGSSS y sus beneficiarios se afiliarán a este último.
- Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

6 Tenga en cuenta

El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de afiliación o fecha de radiación del formulario o desde la fecha de efectividad del traslado o de la movilidad.

7 Valores de los servicios de salud

Cuotas moderadoras: tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, éstas se cobran tanto a afiliados cotizantes como afiliados beneficiarios de la EPS.

Los servicios a los que se aplicará el cobro de cuotas moderadoras son: consulta externa médica, odontológica, paramédica, consulta externa especializada, fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.

Monto de cuotas moderadoras: se aplicarán por cada actividad descrita, con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos, si existe más de un cotizante por grupo familiar, la base será el menor de los ingresos declarados, para toda la familia, así:

Estrato	Ingreso base cotización	Cuota moderadora
1	Menos de 2 SMMLV	11.7 % de SMDLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	46.1 % de SMDLV
3	Mas de % SMMLV	121.5 % de SMDLV

La no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.

Copagos: aportes en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud POS, de acuerdo con el salario o ingreso del afiliado cotizante. Los valores corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud con excepción de servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias, servicios a los que le sea aplicable el cobro de cuota moderadora.

Monto de copagos por afiliado beneficiario: el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

Estrato	I.B.C ingreso base cotización	Copago por evento	Tope máximo copago por año calendario
1	Menos de 2 SMMLV	11.5% del valor del servicio sin que exceda el 28.7% de un (1) SMMLV	57.5% de un (1) SMMLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	17.3% del valor del servicio sin que exceda el 115% de un (1) SMMLV	230% de un (1) SMMLV
3	Mas de % SMMLV	23% del valor del servicio sin que exceda el 230% de un (1) SMMLV	460.0% de un (1) SMMLV

Los siguientes grupos de población están exentos de pagos de cuotas moderadoras y copagos, según Circular 016 de 2014:

- Población con discapacidad mental que tiene derecho a los servicios de salud de manera gratuita.
- Población menor de 18 años con diagnóstico o sospecha por el profesional de la salud para cáncer, en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades.
- Población menor de 18 años con diagnóstico o sospecha por el profesional de la salud para aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes hemorrágicos histocitarios.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de vasectomía o ligadura de trompas.
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato.
- Las mujeres víctimas de violencia física o sexual.
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción.

8 Unidades de Servicios de Salud

Como afiliado a Compensar EPS, usted puede escoger la Unidad de Servicios de Salud más cercana a su hogar o lugar de trabajo, dentro de las siguientes unidades de atención básica:

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
Álamos	Calle 64 G No. 90A - 40	7300200	Medio Bajo
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	
Av. Primero De Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	4441234	
Calle 125	Av. Cra. 45 No. 123 - 60 / 24	6513900	
Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	
Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48	4441234	

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	4441234	Medio Bajo
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	4441234	
Calle 80	Cll. 80 No. 69 K- 27	4441234	
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	4441234	
Ciudad Bolivar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51	4441234	
Kennedy	Transv. 78H No. 41C - 48 Sur	4441234	
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	4441234	
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6 y Av. Calle 145 No. 85 - 52 Local 2	4441234	
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84	4441234	
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14	4441234	
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	4441234	

9 Atención de urgencias

En la dirección que se cita a continuación usted encontrará la red de urgencias acorde a sus necesidades y al modelo de redes integradas definido por Compensar EPS:
www.compensar.com/salud/redUrgPOS.aspx

A continuación, la red de Instituciones de urgencias contratada para brindarle servicios con calidad.

IPS	Dirección	Nivel de complejidad	Tipo de atención
Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá Sede Calle 68	Av. Cra. 68 No. 68B - 31 Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatría (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Calle145	Av. Cra. 45 No. 145 - 64 Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatría (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Alquería	Av. Cra. 68 No. 31 - 41 Sur, Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatría (Interconsulta)
Clínica Universidad de la Sabana	Autop. Norte Km. 21 Vía La Caro, Chía	Alta	Urgencias: Generales Pediatría Ginecoobstetricia
Clínica Partenón	Cll. 74 No. 76 - 65 Bogotá	Alta	Urgencias Generales
Clínica del Occidente	Av. Américas No. 71C - 29 Bogotá	Alta	Urgencias Generales
Eusalud (Consulta Prioritaria)	Diag. 54 No. 16A - 16 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia (Consulta Prioritaria)
Clínica Magdalena (Consulta Prioritaria)	Cll. 39 No. 14 - 34 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia (Consulta Prioritaria)
Fundación Salud Bosque	Cll. 134 No. 7B - 41 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia
Clínica Juan N. Corpas	Cra. 111 No. 159A - 61, Bogotá	Media	Ginecoobstetricia
Hospital Universitario Mayor - Méderi	Cll. 24 No. 29 - 45 Bogotá	Alta	Urgencias: Ginecoobstetricia Cardiovasculares
Hospital Universitario San Ignacio	Cra. 7 No. 40 - 62 Bogotá	Alta	Urgencias: Cardiovasculares
Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José	Cll. 10 No. 18 - 75, Bogotá	Alta	Urgencias Pediatría
Fundación Hospital de la Misericordia	Av. Caracas (Carrera 14) No. 1 - 65 Bogotá	Alta	Urgencias Pediatría
Fundación Cardio Infantil	Cll. 163 A No. 13B - 60, Bogotá	Alta	Urgencias Pediatría
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	Av. Circunvalar (Carrera 4) Este No. 17 - 50, Bogotá	Alta	Pediatría (Consulta prioritaria)
Clínica de Nuestra Señora de la Paz	Cll. 13 No. 68 F - 25, Bogotá	Alta	Urgencias Psiquiatría

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 5596 de 2015, en sus artículos 5 y 7, es importante que usted como afiliado conozca las categorías del Triage, a través de las cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud determinan la prioridad en la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, las cuales se encuentran organizadas de mayor a menor riesgo:

Triage 1: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de renaminación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de un miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage 2: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los 30 minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage 3: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage 4: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidencite para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no se recibe la atención correspondiente. Usted puede solicitar cita prioriataria o no programada en su Unidad de Servicios de Salud para ser atendido.

Triage 5 el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o funcionalidad de miembro u órgano. Usted debe solicitar cita con su médico personal en forma ambulatoria.

Consulta Prioritaria Odontológica Diurno

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Ciudad Bolívar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Kennedy II	Cra. 78K No. 33A - 39 Sur	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
Unidad de Servicios Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48 Piso 2	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Unidad de Servicios Calle 42	Cll 42 No. 13 - 19	4441234	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Ayda Rojas	Cll. 36 Sur No. 78A - 23 piso 2 (sin ascensor)	2731129 4505312	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. - 12:00 m. y 1:00 p.m. - 6:00 p.m. Sábados: 7:00 a.m. - 1:00 p.m.

Consulta Prioritaria Odontológica nocturna, domingos y festivos

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Sorama	Cra. 40 B No. 10 - 49 Sur, Ciudad Montes, Bogotá	2021808 2024588 3187883615 3158684026	BAJA	Lun a vie: 7:00 a.m. a 9:00 p.m. Sáb: 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Domingos y festivos: 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Servicio de Atención Odontológica - SEDATO	Av. Carrera 68 No. 68B - 05, Sede Cruz Roja, Bogotá	6601318 3118862550	BAJA	Lun a vie: 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Domingos y festivos: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

10 Acceder a los servicios de salud es muy fácil:

Mecanismo de acceso a servicios de primer nivel o atención ambulatoria: los servicios de primer nivel de atención son las consultas de medicina general, optometría, higiene oral, pediatría y las actividades de promoción y prevención, a los cuales puede acceder comunicándose a la central telefónica 4441234 y seleccionando la opción que usted necesite según el servicio requerido. Para los demás servicios ambulatorios, tales como: consultas especializadas, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y medicamentos, se requiere remisión y/o orden médica de un profesional adscrito a Compensar y con cita registrada en el sistema de información para acceder a estos servicios.

Mecanismo de acceso a servicios de salud electivos (Cirugía programada): la remisión para el acceso a los servicios de cirugía debe presentarse directamente en los puntos de atención definidos en cada unidad.

La respuesta será comunicada al usuario, dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente.

En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la autorización se entregará de manera inmediata, indicándole al usuario la institución en donde será atendido.

Mecanismo de acceso a los servicios de urgencias: si usted presenta síntomas que comprometen su vida, acuda a la institución de urgencias más cercana (ver red de urgencias POS). Si la urgencia se presenta fuera de Bogotá, por favor acuda a cualquiera de las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Prescripción de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud: los servicios NO POS son en esencia, las actividades, insumos, medicamentos, dispositivos, tecnologías y procedimientos, que están por fuera del plan de beneficios en salud, a los que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, y que han sido definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con la Resolución 3951 del 31 de agosto de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cambia el mecanismo para reportar la prescripción de los servicios no cubiertos en el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esto significa que en caso de requerir un servicio fuera del POS ya no se debe elevar la consulta a los Comités Técnico Científicos (CTC) que desaparecen, sino que el profesional de salud responsable de su tratamiento, cuando considere pertinente el uso de esos servicios NO POS debe realizar la prescripción a través de un sistema integral de información llamado MIPRES, que permite diligenciar en línea la solicitud que hará las veces de formula médica. Ya con ella, le podrán suministrar esos servicios que usted necesita, siempre y cuando dicha prescripción cumpla con los criterios administrativos definidos por la citada norma.

Los servicios que se pueden formular por esta vía son los que tengan aprobación del Invima y no estén de manera explícita cubiertos, ni puedan ser reemplazados por algún medicamento, procedimiento o servicio que este dentro del plan de beneficios. La norma también establece que no pueden prescribirse tecnologías en salud de carácter experimental, o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, que no tengan reconocimiento de las autoridades nacionales competentes, ni las consideradas cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento. Tampoco pueden formularse bienes y servicios cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

No obstante, si el médico tratante decide prescribir para su tratamiento un medicamento o insumo con uso no incluido en el Registro Sanitario Invima (UNIRS: Usos No Incluidos en el Registro Sanitario), o un Suplemento dietario, deberá ser activado el mecanismo de Junta de profesionales dispuesto por la precitada norma, para la revisión del caso y decisión sobre el mismo. Con este cambio el Estado garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, elimina una intermediación administrativa, agiliza procesos, disminuye tiempos de respuesta y permite conocer con mayor precisión las razones por las cuales su médico tratante le está formulando un procedimiento, una tecnología o un medicamento NO POS.

Si usted tiene un CTC aprobado, previo a la entrada en vigencia de esta resolución (1 de diciembre de 2016), la EPS le continuará entregando el medicamento o el servicio NO POS como lo ha recibido hasta el momento, a través de la red de prestadores contratados para dicho fin.

11 Transporte y estadía:

Los afiliados a Compensar EPS tendrán derecho al servicio de transporte en los casos de urgencia debidamente certificada o en los casos en que los pacientes se encuentren internados en una institución prestadora de servicios de salud y requiera atención complementaria.

La IPS en la cual se esté prestando el servicio de salud se comunicará con la Central de Acompañamiento al Prestador para coordinar el servicio.

12 Contáctenos:

- Canal presencial - Oficinas de Atención al usuario:
  - Avenida Calle 26 No. 66A torre A piso 3
  - Chía, Carrera 3 Este No. 20 - 84 Edificio Salud Market piso 2.
- Canal virtual: www.compensar.com (24 horas)
- Canal telefónico: 444 1234 - 018000 915202 (información 24 horas)
- Canal escrito: buzones de Opiniones y Sugerencias y correspondencia ubicados en las Unidades de Servicios de Salud.

Así mismo, Compensar EPS cuenta con Puntos de Atención, en los cuales se brinda información y orientación al usuario de manera personalizada.

USS	Dirección	Horario
Álamos	Calle 64 G No. 90 A - 40	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	Lun a vie de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Av. Primero De Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 125	Av. Cra. 45 No. 123 - 60 / 24	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Calle 13	Cll. 13 No.28 - 61	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	Lun a vie de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Calle 80	Cll. 80 No. 69K- 27	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	Lun a viede 7:30 a.m. a 5:30 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Ciudad Bolivar	Av. Ciudad de Villa-vicencio No. 45D - 14 Sur	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sábde 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Kennedy	Transv. 78H No. 41 C - 48 Sur	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 3:00 p.m.
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84,	Lun a vie de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14,	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábde 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sábde 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

13 Libre elección:

Compensar EPS garantiza a sus afiliados la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que como Entidad Promotora de Salud ofrece, dentro de su red de servicios.

Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

Frente a la libertad de escogencia de IPS: los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta; teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de Compensar EPS: www.compensar.com. Y los mecanismos de referencia y contra referencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.

Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:

- La solicitud de traslado por parte del cotizante o cabeza de familia se podrá efectuar en cualquier día del mes.
- Cumplir un periodo mínimo de 360 días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo se contará el tiempo previsto a partir del momento de la inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya registrado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS. El periodo mínimo se contabilizara desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción, en caso que el afiliado se inscriba nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levanta la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una IPS.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Cuando se trate de traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS de otro régimen.

  Si el afiliado del régimen subsidiado adquiera la condición de cotizante con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término, hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad. En caso que este afiliado adquiera un vínculo laboral con una duración inferior a 12 meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad.

  Las condiciones de permanencia para el traslado, no será exigida cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:
- Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- Disolución o liquidación de la EPS.
- Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o mas municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
- Por casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de sus red prestadora debidamente comprobados.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros (as) permanente (s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero (a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- Por cambio de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra afiliado no tiene cobertura geográfica.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones.
- Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado según el Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

La EPS de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior en que se haga efectivo el traslado con la nueva EPS.

Si se presenta una internación en una IPS, antes de la efectividad del traslado o del inicio de la inscripción con la EPS que recibe el traslado, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se traslada deberá comunicar la novedad a mas tardar el último día del mes.

Los trabajadores dependientes tienen la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

Cuando sea efectivo el traslado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, es obligación de la EPS receptora continuar con la prestación de los servicios al afiliado.

14 ¿Quiere participar en el control de gestión pública en el sistema de salud?

Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria.

Asociaciones de usuarios o ligas de usuarios de la EPS: se define como una agrupación de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Los usuarios de Compensar EPS han creado la Asociación de Usuarios cuya razón social es ASUCOM EPS, organismo cívico sin ánimo de lucro registrado y reconocido por las entidades competentes, integradas voluntariamente por personas naturales afiliadas a Compensar EPS que se denominan usuarios, quienes aunando esfuerzos y recursos procuran dar soluciones a las necesidades de los asociados y velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
Para comunicarse con la Asociación de Usuarios de Compensar EPS, o para asociarse a la misma, puede acudir a Sede Calle 26 Avenida Calle 26 No. 66 A - 48 torre A , comunicarse al 4285088 ext 25697 o al correo electrónico asucom@aseguramientosalud.com.
Audiencias Públicas: Compensar EPS, una vez al año programa, organiza y convoca y, desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la da información a los afiliados y la comunidad en general.

Consultas ciudadanas: es un espacio de interacción que promueve la Superintendencia Nacional de Salud Delegada, para la protección al usuario y la participación ciudadana, en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, que se encuentren vulnerando los derechos de los usuarios en salud. A estas consultas ciudadanas acuden obligatoriamente un representante de servicio al cliente de la EPS, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

Rendición de cuentas: es un espacio de interlocución entre los afiliados y la comunidad en general, y la EPS, en la cual ésta presenta su informe del año inmediatamente anterior, sobre la prestación de los servicios de Salud, manejo presupuestal, financiero y administrativo los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con la Asociación de Usuarios y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

15 ¿Necesita decirnos algo?

El Ministerio de Salud pone a disposición del ciudadano la aplicación móvil ClicSalud para que pueda calificar el servicio de salud o registrar una solicitud o PQR (Petición, Queja o Reclamo).

Las opiniones y sugerencias (quejas, reclamos, solicitudes y/o reconocimientos) que quiera presentar relacionadas con el servicio, afiliaciones, aportes, incapacidades, libre elección, entre otros, sea de manera verbal, escrita, telefónica o virtual, deberán ser resueltas por Compensar EPS, de manera oportuna y de fondo, dentro de los términos de ley.

Como afiliado, también puede hacer uso de los mecanismos de protección existentes, como la presentación de un derecho de petición tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo en los términos de la Ley 1755 de 2015 o la norma que lo sustituya.

Así mismo, cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable, el afiliado podrá solicitar la atención prioritaria de las peticiones.
Estos mecanismos de protección, los puede radicar telefónicamente, al 444 1234 o a la línea de atención nacional 018000 915202, virtualmente a través de la página web www.compensar.com sección Opiniones y Sugerencias, o presencialmente en los buzones de Opiniones y Sugerencias ubicados en los diferentes puntos de atención de las Unidades de Servicios de Salud, que se relacionan en el punto CONTÁCTENOS de esta “Carta de Derechos y Deberes”.
De igual forma, podrá hacer uso del recurso judicial y si usted lo considera necesario, puede presentar su manifestación directamente ante la Superintendencia Nacional de Salud e inclusive solicitar la “cesación provisional” de que trata el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011, cuando considere que por acción u omisión se ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona. La Superintendencia Nacional de Salud, avocará conocimiento y dará respuesta directamente al usuario del S.G.S.S.S o a través de la EPS correspondiente.

16 ¿Quién nos vigila?

En la actualidad existe el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, los cuales están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Compensar EPS es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, oficina de atención al ciudadano está ubicada en la Av. Ciudad de Cali No. 51 - 66 Edificio World Business Center, Local 10, Bogotá www.supersalud.gov.co. horario de atención al ciudadano de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Como afiliado al SGSSS puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos con la EPS relacionados con la cobertura del plan de beneficios, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multiafiliación, libre elección, y movilidad o traslado dentro del SGSSS.

También puede comunicarse a través de la línea gratuita nacional 018000 513700 o desde Bogotá al 4837000, horario de atención: 24 horas.
Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud de Compensar EPS son vigiladas por la Secretaria de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81 en horario de atención de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. Página web: www.saludcapital.gov.co, línea de atención 106 y 123, en Bogotá en el 3649549 y 3649090 Ext. 6610, 6611, 9941 y 9943.

17 También puede contactarse:

Los usuarios también tienen la posibilidad de acudir a la Defensoría del Pueblo, ubicada en la Calle 55 No. 10 – 32 Bogotá, teléfono: 3147300, correo electrónico:
atencionciudadano@defensoria.org.co y bogota@defensoria.org.co, quien es el organismo con mandato constitucional que vela por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos; o a la veeduría ciudadana, ubicada en Av. Cra. 24 No. 39-91 en Bogotá, teléfono: 340 7666 - 01 8000 124646 y correo electrónico: denuncie@veeduriadistrital.gov.co; notificacionesjudiciales@veeduriadistrital.gov.co

Los afiliados a Compensar EPS pueden acudir a la asociación de usuarios, audiencias públicas y consultas ciudadanas, conozca los datos de contacto en esta carta.

18 Conozca la carta de Desempeño de Compensar EPS

El Ministerio de Salud pone a disposición del ciudadano la aplicación móvil ClicSalud para que este enterado de los Indicadores de Calidad de la EPS e IPS.

1. Indicadores de calidad de la entidad promotora de salud Compensar

A continuación presentamos el resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para la entidad promotora de salud Compensar EPS en forma comparativa con la media nacional.

www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/eapb/indicadores-de-calidad

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de Tutelas	0,00	15380
Oportunidad de entrega de medicamentos pos	Porcentaje	99,74%	99,80%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	Días	16,602	12,876

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Días	10,809	10,661
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Días	15,323	16,084
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Días	9,346	8,924
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Días	11,758	11,751
Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Horas	0,072	1,333
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	Días	5,521	6,282
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Días	0,876	0,776
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	Porcentaje	80,14%	81,32%
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	27,500	29,375
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	Porcentaje	62,07%	44,48%
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Porcentaje	97,15%	96,54%
Razón de mortalidad materna	Tasa por 1.000	0,57	0,31
Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	Tasa por 1.000	0,31	0,57
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	Tasa por 1.000	0,03	0,07
Tasa de satisfacción global	Porcentaje	83,13%	83,13%
Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Porcentaje	1,27%	0,84%

2. Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud

El resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para las Instituciones Prestadoras de Salud de Compensar EPS.

www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/prestadores-de-servicios-de-salud/estadisticas-en-salud

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados de ranking de EPS se componen de tres dimensiones, que se califican en tres categorías: alto, medio y bajo.

En el ranking Compensar EPS está ubicada así:

¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger la salud y evitar que el usuario se enferme?	MEDIO
¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiere?	MEDIO
¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafiliarme y moverme dentro del sistema de salud?	MEDIO
TOTAL El trato que como ser humano recibo de la EPS. En qué medida resuelve mi necesidad/problema	**MEDIO**

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ordenamiento-eps-2015.pdf

4. Acreditación

Dentro de la Red de proveedores contratada por Compensar EPS para la prestación de servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios, las siguientes instituciones cuentan con certificado de Acreditación vigente expedido por ICONTEC por cumplir con estándares superiores de calidad:

En Bogotá y Cundinamarca:

- Clínica Nueva
- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Hospital de San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá
- Hospital Infantil de San José
- Hospital Pablo VI Bosa
- Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
- Javesalud IPS – USS Calle 125
- Clínica Juan N. Corpas
- Clínica del Occidente
- Clínica Universidad de la Sabana
- Clínica Chía

Fuera de Bogotá y Cundinamarca:

- Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
- Fundación Valle del Lili
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

El 100% de la red contratada por Compensar se encuentra habilitada y su información se encuentra publicada en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud" del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Comportamiento como pagador de servicios

Los resultados de los indicadores financieros que reflejen la oportunidad y eficacia de Compensar EPS frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud se encuentra disponible en el sitio web de la Superintendencia nacional de Salud:

https://www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/empresas-administradoras-de-planes-de-beneficios

Régimen Contributivo Cuentas por pagar con corte a diciembre 2015
Cuentas por pagar: $ 45.795.348 - Cifras en miles de $

6. Sanciones

En el transcurso del año 2015, la Superintendencia Nacional de Salud impuso a Compensar una sanción, por considerar que no estaba dando cumplimiento a lo consagrado en los artículos 1 y 7 de la Ley 1281 de 2002 y al literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Frente a esta sanción, que ya se encuentra en firme y debidamente ejecutoriada, Compensar ya adoptó las medidas correctivas y preventivas necesarias.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901300235	**Cédula Usuario:**	C 1013659458
Nombre:	Q&R SEÑALIZACIONES SAS				
Dirección:	CL 62 B 70 35 SUR				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	QYRSENALIZACION@GMAIL.COM				
Teléfono:	3106953484		**Tarifa:**	6.960	
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 AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1013659458	MIGUEL ANGEL RIAÑO NIETO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	72	02/09/2021	M 108265915071980	RODRIGUEZ CLEIVER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

46F2A90BA9CEC593533CDBF517234F0E Certificado impreso el día 9/1/2021 10:46:00 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
CLEIVER YORVANYS
RODRIGUEZ
108265915071980
Q&R SEÑALIZACIONES SAS
901300235
Este carné es personal e intransferible.

Bogotá DC. 1 de Septiembre de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/9/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 15105515
Nombres y Apellidos	Cleiver Rodriguez
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300235
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/9/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	1/9/2021
Cargo	Operario
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 908526

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

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**

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)

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad **8. Número de documento de identidad** **9. Sexo** Femenino Masculino **10. Fecha de nacimiento**

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** **16. Administradora de pensiones**

17. Ingreso base de cotización - IBC **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 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M / Condición T P	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)

Cot.
B
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 **36. Tipo de documento de identificación**

37. Número del documento de identificación **38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

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 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 de 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 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 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 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 envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4450870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000915383
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio

CUESTIONARIO 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

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo 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 la 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?		

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación:

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) con C.C. No.
lo hace en su nombre, el (la) señor(a)
con C.C. No. mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección
de domicilio:

Nombres y apellidos
de quien no sabe
firmar:

Identificación:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación:

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/ los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: la opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o
beneficiario.

B. Colectiva: la opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: la opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: la opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

Cotizante: aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen
Contributivo.

Cabeza de familia: aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:

Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

Pensionado: si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se
encuentra a su cargo.

Código: este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de
cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una *X*, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una *X*, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del Artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una *X* en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una *X*, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad:

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	**Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	**Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad
TI	**Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	**Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	**Pasaporte,** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	**Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior
izquierda del documento, no el indicátivo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el
cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia
01	Indígena
02	Rrom (gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:

Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente.

13. Puntaje SISBÉN:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

Cód.	Grupo Poblacional
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09,11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02,06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales
donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de
identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:

Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

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

En las filas identificadas con los códigos B1 , B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:

Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional,
como aparece en la siguiente tabla:

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.
31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.
32. Datos de residencia:
Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, cajas de compensación familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:
Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
36. Tipo de documento de identificación:
Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:
Escriba el número del documento de identificación.
38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.
39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.
B. REPORTE DE NOVEDADES
El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.
40. Tipos de novedad:
Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

Número	Nombre
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
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 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
14	Traslado
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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES
Novedad 1: modificación de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

2: Corrección de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios
Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS
Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Código	Condición
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta sucrita por el empleador.
La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.
Novedad 6: Reinscripción en la EPS
Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.
Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.
Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales
Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serio, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de dentificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 13: Movilidad.** También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 13: Movilidad.** Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que Inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el traslado
01	Por ejercicio de la libre elección
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
03	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
04	Por unificación del núcleo familiar.
05	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
06	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

  Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la
modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la caja de compensación familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO 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 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 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 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.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. 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 aplopción 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 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:

- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

compensar | eps salud

Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño de la EPS

Apreciado afiliado, para nuestra EPS es muy importante compartir la siguiente información, la cual le permitirá a usted y su familia conocer los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los que tiene derecho como afiliado.

1 Glosario

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

CTC: Comité Técnico Científico

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

P y P: Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad

PAI: Plan ampliado de inmunización

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

UPC: Unidad de Pago por Capitación

Afiliado: es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho al acceso a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el SGSSS y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Afiliado adicional: es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

Afiliado cabeza de familia: es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, así como el registro de las novedades correspondientes.

Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado, que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

Atención con internación: modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

Actividad de salud: conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

Atención de urgencias: modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

Atención domiciliaria: modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

Atención inicial de urgencia: denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0201
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4300070 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000 915300
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio

de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Consulta médica: es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Consulta odontológica: valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Demanda inducida: es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Enfermedad de alto costo: aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una EPS a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

Interconsulta: es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

Movilidad: es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el SGSSS focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

Novedades: son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o a la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Patologías de tipo catastrófico: Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguiente procedimientos: transplante renal, de hígado, corazón, médula ósea y córnea; diálisis peritoneal y hemodiálisis, manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central, reemplazos articulares, manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado, manejo del trauma mayor, diagnóstico y manejo del paciente infectado por el VIH-SIDA, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, manejo de pacientes en Unidad de cuidado intensivo, manejo quirúrgico de enfermedades congénitas. Estos eventos se encuentran exonerados del cobro de copago.

Plan de beneficios: es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al SGSSS definido conforme a la normatividad vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Promoción de la salud: son todas las estrategias educativas, comunicacionales y de información, dirigidas a todos los afiliados, con el fin de promover en ellos prácticas y comportamientos saludables, su compromiso en la contribución de niveles de salud esperados y la adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud contribuyendo al uso racional y sostenible. La información suministrada por los diversos canales básicamente es sobre factores protectores (ej. vacunas) y de riesgo (ej. tabaquismo) en la población general o por ciclo vital.

Referencia y contrareferencia: conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago. La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para la atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo, con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario. La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud, receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

Régimen Contributivo: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

Tecnología de salud: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Telemedicina: es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

Traslado: son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS.

Triage: en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Con el triage se busca:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución,
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.
- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

Urgencia: es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2 Servicios de salud a los que tiene derecho como afiliado a la EPS

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de prestaciones asistenciales y económicas en salud, definidas por ley, que todas las Entidades Promotoras de Salud, deben prestar a sus afiliados en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las coberturas en salud han sido definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5592 de 2015 y Resolución 0001 de 2016 dentro de las cuales se encuentran:

- Servicios de puerta de entrada: consulta médica y odontológica no especializada, pediatría y obstetricia, urgencias y medicina familiar.
- Prestaciones económicas (solo cotizantes)
- Vacunación
- Servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear y escanografía
- Servicios especializados de salud y especialidades medico quirúrgicas, remitidos por medicina general o por cualquier especialidad definida como puerta de entrada.
- Apoyo terapéutico: terapia física, respiratoria y del lenguaje.
- Atención de patologías de tipo catastrófico.
- Suministro de medicamentos esenciales.
- Cirugía ambulatoria y con internación.
- Hospitalización medica en todos los niveles de complejidad.

El plan de beneficios completo lo puede encontrar en la página web: www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx

3 Ayúdenos a cuidar su salud: programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Compensar cuenta con programas de promoción en salud que están orientados a fortalecer las competencias de su población en aras de recuperar y mantener su salud. Nuestro Modelo de Atención se enfoca en gestionar el riesgo, de manera que se identifique cualquier condición que pueda afectar la salud, por lo tanto se busca fomentar el autocuidado y se ofrecen los programas de:

Protección específica: vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención preventiva en salud bucal, atención del parto (los beneficiarios pagan copago), atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana: detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años), detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años), detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana del cáncer de seno, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual de personas en edades de 4, 11, 16 y 45 años y consulta de salud visual para el adulto mayor.

Atención obstétrica: las mujeres en estado de embarazo se les cubrirán la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto (los beneficiarios pagan copago), en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

La atención obstétrica contemplará: consulta médica general (De acuerdo con la guía de atención), consultas de enfermería (De acuerdo con la guía de atención), consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo con la guía de atención, ecografía gestacional de acuerdo con el criterio médico, atención del parto, consultas post parto, medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo con lo establecido para el nivel I de atención, radiografía de acuerdo con lo establecido para el nivel I, atención de urgencias, odontología, atención en nutrición y planificación familiar. (De acuerdo con el riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente.)

Adicionalmente, las actividades de inducción de demanda se realizan con el fin de clasificar el riesgo en el que se encuentra el usuario y tiene como fin realizar una intervención oportuna tanto para prevenir que se instaure una patología, como para poder actuar rápidamente cuando ya tiene la enfermedad instaurada, también cuando presenta una condición particular. Dentro de estas actividades están incluidas las personas con patologías crónicas: diabetes, enfermedades cardiovasculares en general y cáncer y post-hospitalización en gestantes.

4 Los servicios de salud que no están incluidos en el POS

Conforme lo establecido en la Resolución 5592 de 2015, se definen como exclusiones:

Exclusiones Generales:
- Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivos o de capacitación que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el sistema de salud, asi como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social, tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, asi sean prescritas por el médico tratante.
- Servicios y tecnologías de salud conexos, asi como complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 154 de la ley 1450 de 2011.

Exclusiones Específicas:
- Sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, lentes de contacto y líquido para lentes, filtros o colores y películas especiales.
- Tratamiento con psicoanálisis.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal.
- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante, ni pacientes con diagnostico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
- Trasporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios.

5 Conozca sus Derechos y Deberes

En esta sección encontrará los derechos y deberes que contempla la Ley para usted y su grupo familiar como afiliados al POS.

Derechos:

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
- Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos No incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
- Continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado.
- A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- Protección especial a niñas y niños. Es su derecho acceder a un servicio de salud para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.
- Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.
- Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.

- Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsistencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por el personal competente y autorizado para su ejercicio.
- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las entidades promotoras de salud no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
- Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Recibir protección especial a los afiliados con enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos.
- Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido súbitamente.
- Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.
- Para la verificación de derechos se solicitará únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copia, fotocopias o autenticaciones de documentos.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como cotizantes: personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismo internacionales acreditados en el país; los servidores públicos; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado; los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como beneficiarios: miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con el Artículo 2.1.4.1 del Decreto 780 de 2016, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones para ser cotizante.

Deberes:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.
- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingreso.
- Cuando los cónyuges, compañeros (as) permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, estos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tenga cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad. Si uno de los cónyuges, compañera (o) cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto esté como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.
- El trabajador dependiente debe reportar la afiliación al SGSSS, si aun no se encuentra afiliado, y registrar las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También debe reportar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos a través de los medios que disponga el Ministerio de Salud para tal fin. El empleador debe registrar las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación.
- El trabajador independiente debe realizar su afiliación y registrar las novedades.
- Los trabajadores dependientes e independientes deben registrar todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios y afiliados adicionales; los beneficiarios deben registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.
- Para los casos de movilidad, el afiliado debe registrar la solicitud expresa de la movilidad en el formulario físico o electrónico, de su núcleo familiar. Esta novedad debe ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a mas tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, en caso de tener derecho a estos. La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo debe ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

A. Causales de suspensión (Decreto 780 de 2016):

Se suspende la afiliación por las siguientes causales:

- Mora de 2 meses en cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional (Artículo 2.1.9.1 y 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016)
- Si no se presentan los soportes requeridos que acrediten la condición de beneficiarios durante los 3 meses siguientes a partir del primer requerimiento al cotizante, excepto gestantes y menores de edad.

B. Causales de terminación de la inscripción en una EPS (Decreto 780 de 2016):

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, o cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporta la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme al Artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016.
- Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones para ostentar dicha condición, y no reporten la novedad de cotizante dependiente, independiente, afiliado adiciona o de movilidad entre regímenes.
- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS. Esta novedad se debe reportar a más tardar el ultimo día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción, en caso de no reportar la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causara deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones en los términos previstos por el Artículo 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016. Cuando el afiliado regrese al país debe reportar la novedad mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.
- Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o legalmente establecido, ya que estas prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo, por lo cual no se puede estar afiliado simultáneamente en ambos regímenes. Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.
  En caso que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero (a) permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esta obligado a cotizar al SGSSS deberá efectuar la respectiva cotización al FOSYGA. Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañero (a) permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, deberá afiliarse en el SGSSS y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar, el obligado a cotizar al SGSSS y sus beneficiarios se afiliarán a este último.
- Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

6 Tenga en cuenta

El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de afiliación o fecha de radiación del formulario o desde la fecha de efectividad del traslado o de la movilidad.

7 Valores de los servicios de salud

Cuotas moderadoras: tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, éstas se cobran tanto a afiliados cotizantes como afiliados beneficiarios de la EPS.

Los servicios a los que se aplicará el cobro de cuotas moderadoras son: consulta externa médica, odontológica, paramédica, consulta externa especializada, fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.

Monto de cuotas moderadoras: se aplicarán por cada actividad descrita, con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos, si existe más de un cotizante por grupo familiar, la base será el menor de los ingresos declarados, para toda la familia, así:

Estrato	Ingreso base cotización	Cuota moderadora
1	Menos de 2 SMMLV	11.7 % de SMDLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	46.1 % de SMDLV
3	Mas de % SMMLV	121.5 % de SMDLV

La no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.

Copagos: aportes en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud POS, de acuerdo con el salario o ingreso del afiliado cotizante. Los valores corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud con excepción de servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias, servicios a los que le sea aplicable el cobro de cuota moderadora.

Monto de copagos por afiliado beneficiario: el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

Estrato	I.B.C ingreso base cotización	Copago por evento	Tope máximo copago por año calendario
1	Menos de 2 SMMLV	11.5% del valor del servicio sin que exceda el 28.7% de un (1) SMMLV	57.5% de un (1) SMMLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	17.3% del valor del servicio sin que exceda el 115% de un (1) SMMLV	230% de un (1) SMMLV
3	Mas de % SMMLV	23% del valor del servicio sin que exceda el 230% de un (1) SMMLV	460.0% de un (1) SMMLV

Los siguientes grupos de población están exentos de pagos de cuotas moderadoras y copagos, según Circular 016 de 2014:

- Población con discapacidad mental que tiene derecho a los servicios de salud de manera gratuita.
- Población menor de 18 años con diagnóstico o sospecha por el profesional de la salud para cáncer, en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades.
- Población menor de 18 años con diagnóstico o sospecha por el profesional de la salud para aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes hemorrágicos histocitarios.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de vasectomía o ligadura de trompas.
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato.
- Las mujeres víctimas de violencia física o sexual.
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción.

8 Unidades de Servicios de Salud

Como afiliado a Compensar EPS, usted puede escoger la Unidad de Servicios de Salud más cercana a su hogar o lugar de trabajo, dentro de las siguientes unidades de atención básica:

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
Álamos	Calle 64 G No. 90A - 40	7300200	Medio Bajo
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	
Av. Primero De Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	4441234	
Calle 125	Av. Cra. 45 No. 123 - 60 / 24	6513900	
Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	
Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48	4441234	

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	4441234	Medio Bajo
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	4441234	
Calle 80	Cll. 80 No. 69 K- 27	4441234	
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	4441234	
Ciudad Bolivar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51	4441234	
Kennedy	Transv. 78H No. 41C - 48 Sur	4441234	
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	4441234	
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6 y Av. Calle 145 No. 85 - 52 Local 2	4441234	
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84	4441234	
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14	4441234	
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	4441234	

9 Atención de urgencias

En la dirección que se cita a continuación usted encontrará la red de urgencias acorde a sus necesidades y al modelo de redes integradas definido por Compensar EPS:
www.compensar.com/salud/redUrgPOS.aspx

A continuación, la red de Instituciones de urgencias contratada para brindarle servicios con calidad.

IPS	Dirección	Nivel de complejidad	Tipo de atención
Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá Sede Calle 68	Av. Cra. 68 No. 68B - 31 Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatría (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Calle145	Av. Cra. 45 No. 145 - 64 Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatría (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Alquería	Av. Cra. 68 No. 31 - 41 Sur, Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatría (Interconsulta)
Clínica Universidad de la Sabana	Autop. Norte Km. 21 Vía La Caro, Chía	Alta	Urgencias: Generales Pediatría Ginecoobstetricia
Clínica Partenón	Cll. 74 No. 76 - 65 Bogotá	Alta	Urgencias Generales
Clínica del Occidente	Av. Américas No. 71C - 29 Bogotá	Alta	Urgencias Generales
Eusalud (Consulta Prioritaria)	Diag. 54 No. 16A - 16 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia (Consulta Prioritaria)
Clínica Magdalena (Consulta Prioritaria)	Cll. 39 No. 14 - 34 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia (Consulta Prioritaria)
Fundación Salud Bosque	Cll. 134 No. 7B - 41 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia
Clínica Juan N. Corpas	Cra. 111 No. 159A - 61, Bogotá	Media	Ginecoobstetricia
Hospital Universitario Mayor - Méderi	Cll. 24 No. 29 - 45 Bogotá	Alta	Urgencias: Ginecoobstetricia Cardiovasculares
Hospital Universitario San Ignacio	Cra. 7 No. 40 - 62 Bogotá	Alta	Urgencias: Cardiovasculares
Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José	Cll. 10 No. 18 - 75, Bogotá	Alta	Urgencias Pediatría
Fundación Hospital de la Misericordia	Av. Caracas (Carrera 14) No. 1 - 65 Bogotá	Alta	Urgencias Pediatría
Fundación Cardio Infantil	Cll. 163 A No. 13B - 60, Bogotá	Alta	Urgencias Pediatría
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	Av. Circunvalar (Carrera 4) Este No. 17 - 50, Bogotá	Alta	Pediatría (Consulta prioritaria)
Clínica de Nuestra Señora de la Paz	Cll. 13 No. 68 F - 25, Bogotá	Alta	Urgencias Psiquiatría

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 5596 de 2015, en sus artículos 5 y 7, es importante que usted como afiliado conozca las categorías del Triage, a través de las cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud determinan la prioridad en la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, las cuales se encuentran organizadas de mayor a menor riesgo:

Triage 1: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de renaminación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de un miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage 2: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los 30 minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage 3: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage 4: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidencite para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no se recibe la atención correspondiente. Usted puede solicitar cita prioriataria o no programada en su Unidad de Servicios de Salud para ser atendido.

Triage 5 el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o funcionalidad de miembro u órgano. Usted debe solicitar cita con su médico personal en forma ambulatoria.

Consulta Prioritaria Odontológica Diurno

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Ciudad Bolívar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Kennedy II	Cra. 78K No. 33A - 39 Sur	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
Unidad de Servicios Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48 Piso 2	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Unidad de Servicios Calle 42	Cll 42 No. 13 - 19	4441234	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Ayda Rojas	Cll. 36 Sur No. 78A - 23 piso 2 (sin ascensor)	2731129 4505312	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. - 12:00 m. y 1:00 p.m. - 6:00 p.m. Sábados: 7:00 a.m. - 1:00 p.m.

Consulta Prioritaria Odontológica nocturna, domingos y festivos

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Sorama	Cra. 40 B No. 10 - 49 Sur, Ciudad Montes, Bogotá	2021808 2024588 3187883615 3158684026	BAJA	Lun a vie: 7:00 a.m. a 9:00 p.m. Sáb: 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Domingos y festivos: 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Servicio de Atención Odontológica - SEDATO	Av. Carrera 68 No. 68B - 05, Sede Cruz Roja, Bogotá	6601318 3118862550	BAJA	Lun a vie: 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Domingos y festivos: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

10 Acceder a los servicios de salud es muy fácil:

Mecanismo de acceso a servicios de primer nivel o atención ambulatoria: los servicios de primer nivel de atención son las consultas de medicina general, optometría, higiene oral, pediatría y las actividades de promoción y prevención, a los cuales puede acceder comunicándose a la central telefónica 4441234 y seleccionando la opción que usted necesite según el servicio requerido. Para los demás servicios ambulatorios, tales como: consultas especializadas, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y medicamentos, se requiere remisión y/o orden médica de un profesional adscrito a Compensar y con cita registrada en el sistema de información para acceder a estos servicios.

Mecanismo de acceso a servicios de salud electivos (Cirugía programada): la remisión para el acceso a los servicios de cirugía debe presentarse directamente en los puntos de atención definidos en cada unidad.

La respuesta será comunicada al usuario, dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente.

En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la autorización se entregará de manera inmediata, indicándole al usuario la institución en donde será atendido.

Mecanismo de acceso a los servicios de urgencias: si usted presenta síntomas que comprometen su vida, acuda a la institución de urgencias más cercana (ver red de urgencias POS). Si la urgencia se presenta fuera de Bogotá, por favor acuda a cualquiera de las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Prescripción de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud: los servicios NO POS son en esencia, las actividades, insumos, medicamentos, dispositivos, tecnologías y procedimientos, que están por fuera del plan de beneficios en salud, a los que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, y que han sido definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con la Resolución 3951 del 31 de agosto de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cambia el mecanismo para reportar la prescripción de los servicios no cubiertos en el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esto significa que en caso de requerir un servicio fuera del POS ya no se debe elevar la consulta a los Comités Técnico Científicos (CTC) que desaparecen, sino que el profesional de salud responsable de su tratamiento, cuando considere pertinente el uso de esos servicios NO POS debe realizar la prescripción a través de un sistema integral de información llamado MIPRES, que permite diligenciar en línea la solicitud que hará las veces de formula médica. Ya con ella, le podrán suministrar esos servicios que usted necesita, siempre y cuando dicha prescripción cumpla con los criterios administrativos definidos por la citada norma.

Los servicios que se pueden formular por esta vía son los que tengan aprobación del Invima y no estén de manera explícita cubiertos, ni puedan ser reemplazados por algún medicamento, procedimiento o servicio que este dentro del plan de beneficios. La norma también establece que no pueden prescribirse tecnologías en salud de carácter experimental, o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, que no tengan reconocimiento de las autoridades nacionales competentes, ni las consideradas cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento. Tampoco pueden formularse bienes y servicios cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

No obstante, si el médico tratante decide prescribir para su tratamiento un medicamento o insumo con uso no incluido en el Registro Sanitario Invima (UNIRS: Usos No Incluidos en el Registro Sanitario), o un Suplemento dietario, deberá ser activado el mecanismo de Junta de profesionales dispuesto por la precitada norma, para la revisión del caso y decisión sobre el mismo. Con este cambio el Estado garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, elimina una intermediación administrativa, agiliza procesos, disminuye tiempos de respuesta y permite conocer con mayor precisión las razones por las cuales su médico tratante le está formulando un procedimiento, una tecnología o un medicamento NO POS.

Si usted tiene un CTC aprobado, previo a la entrada en vigencia de esta resolución (1 de diciembre de 2016), la EPS le continuará entregando el medicamento o el servicio NO POS como lo ha recibido hasta el momento, a través de la red de prestadores contratados para dicho fin.

11 Transporte y estadía:

Los afiliados a Compensar EPS tendrán derecho al servicio de transporte en los casos de urgencia debidamente certificada o en los casos en que los pacientes se encuentren internados en una institución prestadora de servicios de salud y requiera atención complementaria.

La IPS en la cual se esté prestando el servicio de salud se comunicará con la Central de Acompañamiento al Prestador para coordinar el servicio.

12 Contáctenos:

- Canal presencial - Oficinas de Atención al usuario:
  - Avenida Calle 26 No. 66A torre A piso 3
  - Chía, Carrera 3 Este No. 20 - 84 Edificio Salud Market piso 2.
- Canal virtual: www.compensar.com (24 horas)
- Canal telefónico: 444 1234 - 018000 915202 (información 24 horas)
- Canal escrito: buzones de Opiniones y Sugerencias y correspondencia ubicados en las Unidades de Servicios de Salud.

Así mismo, Compensar EPS cuenta con Puntos de Atención, en los cuales se brinda información y orientación al usuario de manera personalizada.

USS	Dirección	Horario
Álamos	Calle 64 G No. 90 A - 40	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	Lun a vie de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Av. Primero De Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 125	Av. Cra. 45 No. 123 - 60 / 24	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Calle 13	Cll. 13 No.28 - 61	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	Lun a vie de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Calle 80	Cll. 80 No. 69K- 27	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	Lun a viede 7:30 a.m. a 5:30 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Ciudad Bolivar	Av. Ciudad de Villa-vicencio No. 45D - 14 Sur	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sábde 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Kennedy	Transv. 78H No. 41 C - 48 Sur	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 3:00 p.m.
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84,	Lun a vie de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14,	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábde 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sábde 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

13 Libre elección:

Compensar EPS garantiza a sus afiliados la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que como Entidad Promotora de Salud ofrece, dentro de su red de servicios.

Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

Frente a la libertad de escogencia de IPS: los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta; teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de Compensar EPS: www.compensar.com. Y los mecanismos de referencia y contra referencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.

Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:

- La solicitud de traslado por parte del cotizante o cabeza de familia se podrá efectuar en cualquier día del mes.
- Cumplir un periodo mínimo de 360 días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo se contará el tiempo previsto a partir del momento de la inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya registrado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS. El periodo mínimo se contabilizara desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción, en caso que el afiliado se inscriba nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levanta la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una IPS.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Cuando se trate de traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS de otro régimen.

  Si el afiliado del régimen subsidiado adquiera la condición de cotizante con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término, hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad. En caso que este afiliado adquiera un vínculo laboral con una duración inferior a 12 meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad.

  Las condiciones de permanencia para el traslado, no será exigida cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:
- Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- Disolución o liquidación de la EPS.
- Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o mas municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
- Por casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de sus red prestadora debidamente comprobados.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros (as) permanente (s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero (a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- Por cambio de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra afiliado no tiene cobertura geográfica.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones.
- Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado según el Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

La EPS de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior en que se haga efectivo el traslado con la nueva EPS.

Si se presenta una internación en una IPS, antes de la efectividad del traslado o del inicio de la inscripción con la EPS que recibe el traslado, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se traslada deberá comunicar la novedad a mas tardar el último día del mes.

Los trabajadores dependientes tienen la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

Cuando sea efectivo el traslado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, es obligación de la EPS receptora continuar con la prestación de los servicios al afiliado.

14 ¿Quiere participar en el control de gestión pública en el sistema de salud?

Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria.

Asociaciones de usuarios o ligas de usuarios de la EPS: se define como una agrupación de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Los usuarios de Compensar EPS han creado la Asociación de Usuarios cuya razón social es ASUCOM EPS, organismo cívico sin ánimo de lucro registrado y reconocido por las entidades competentes, integradas voluntariamente por personas naturales afiliadas a Compensar EPS que se denominan usuarios, quienes aunando esfuerzos y recursos procuran dar soluciones a las necesidades de los asociados y velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
Para comunicarse con la Asociación de Usuarios de Compensar EPS, o para asociarse a la misma, puede acudir a Sede Calle 26 Avenida Calle 26 No. 66 A - 48 torre A , comunicarse al 4285088 ext 25697 o al correo electrónico asucom@aseguramientosalud.com.
Audiencias Públicas: Compensar EPS, una vez al año programa, organiza y convoca y, desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la da información a los afiliados y la comunidad en general.

Consultas ciudadanas: es un espacio de interacción que promueve la Superintendencia Nacional de Salud Delegada, para la protección al usuario y la participación ciudadana, en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, que se encuentren vulnerando los derechos de los usuarios en salud. A estas consultas ciudadanas acuden obligatoriamente un representante de servicio al cliente de la EPS, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

Rendición de cuentas: es un espacio de interlocución entre los afiliados y la comunidad en general, y la EPS, en la cual ésta presenta su informe del año inmediatamente anterior, sobre la prestación de los servicios de Salud, manejo presupuestal, financiero y administrativo los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con la Asociación de Usuarios y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

15 ¿Necesita decirnos algo?

El Ministerio de Salud pone a disposición del ciudadano la aplicación móvil ClicSalud para que pueda calificar el servicio de salud o registrar una solicitud o PQR (Petición, Queja o Reclamo).

Las opiniones y sugerencias (quejas, reclamos, solicitudes y/o reconocimientos) que quiera presentar relacionadas con el servicio, afiliaciones, aportes, incapacidades, libre elección, entre otros, sea de manera verbal, escrita, telefónica o virtual, deberán ser resueltas por Compensar EPS, de manera oportuna y de fondo, dentro de los términos de ley.

Como afiliado, también puede hacer uso de los mecanismos de protección existentes, como la presentación de un derecho de petición tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo en los términos de la Ley 1755 de 2015 o la norma que lo sustituya.

Así mismo, cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable, el afiliado podrá solicitar la atención prioritaria de las peticiones.
Estos mecanismos de protección, los puede radicar telefónicamente, al 444 1234 o a la línea de atención nacional 018000 915202, virtualmente a través de la página web www.compensar.com sección Opiniones y Sugerencias, o presencialmente en los buzones de Opiniones y Sugerencias ubicados en los diferentes puntos de atención de las Unidades de Servicios de Salud, que se relacionan en el punto CONTÁCTENOS de esta “Carta de Derechos y Deberes”.
De igual forma, podrá hacer uso del recurso judicial y si usted lo considera necesario, puede presentar su manifestación directamente ante la Superintendencia Nacional de Salud e inclusive solicitar la “cesación provisional” de que trata el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011, cuando considere que por acción u omisión se ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona. La Superintendencia Nacional de Salud, avocará conocimiento y dará respuesta directamente al usuario del S.G.S.S.S o a través de la EPS correspondiente.

16 ¿Quién nos vigila?

En la actualidad existe el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, los cuales están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Compensar EPS es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, oficina de atención al ciudadano está ubicada en la Av. Ciudad de Cali No. 51 - 66 Edificio World Business Center, Local 10, Bogotá www.supersalud.gov.co. horario de atención al ciudadano de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Como afiliado al SGSSS puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos con la EPS relacionados con la cobertura del plan de beneficios, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multiafiliación, libre elección, y movilidad o traslado dentro del SGSSS.

También puede comunicarse a través de la línea gratuita nacional 018000 513700 o desde Bogotá al 4837000, horario de atención: 24 horas.
Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud de Compensar EPS son vigiladas por la Secretaria de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81 en horario de atención de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. Página web: www.saludcapital.gov.co, línea de atención 106 y 123, en Bogotá en el 3649549 y 3649090 Ext. 6610, 6611, 9941 y 9943.

17 También puede contactarse:

Los usuarios también tienen la posibilidad de acudir a la Defensoría del Pueblo, ubicada en la Calle 55 No. 10 – 32 Bogotá, teléfono: 3147300, correo electrónico:
atencionciudadano@defensoria.org.co y bogota@defensoria.org.co, quien es el organismo con mandato constitucional que vela por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos; o a la veeduría ciudadana, ubicada en Av. Cra. 24 No. 39-91 en Bogotá, teléfono: 340 7666 - 01 8000 124646 y correo electrónico: denuncie@veeduriadistrital.gov.co; notificacionesjudiciales@veeduriadistrital.gov.co

Los afiliados a Compensar EPS pueden acudir a la asociación de usuarios, audiencias públicas y consultas ciudadanas, conozca los datos de contacto en esta carta.

18 Conozca la carta de Desempeño de Compensar EPS

El Ministerio de Salud pone a disposición del ciudadano la aplicación móvil ClicSalud para que este enterado de los Indicadores de Calidad de la EPS e IPS.

1. Indicadores de calidad de la entidad promotora de salud Compensar

A continuación presentamos el resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para la entidad promotora de salud Compensar EPS en forma comparativa con la media nacional.

www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/eapb/indicadores-de-calidad

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de Tutelas	0,00	15380
Oportunidad de entrega de medicamentos pos	Porcentaje	99,74%	99,80%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	Días	16,602	12,876

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Días	10,809	10,661
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Días	15,323	16,084
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Días	9,346	8,924
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Días	11,758	11,751
Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Horas	0,072	1,333
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	Días	5,521	6,282
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Días	0,876	0,776
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	Porcentaje	80,14%	81,32%
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	27,500	29,375
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	Porcentaje	62,07%	44,48%
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Porcentaje	97,15%	96,54%
Razón de mortalidad materna	Tasa por 1.000	0,57	0,31
Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	Tasa por 1.000	0,31	0,57
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	Tasa por 1.000	0,03	0,07
Tasa de satisfacción global	Porcentaje	83,13%	83,13%
Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Porcentaje	1,27%	0,84%

2. Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud

El resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para las Instituciones Prestadoras de Salud de Compensar EPS.

www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/prestadores-de-servicios-de-salud/estadisticas-en-salud

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados de ranking de EPS se componen de tres dimensiones, que se califican en tres categorías: alto, medio y bajo.

En el ranking Compensar EPS está ubicada así:

¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger la salud y evitar que el usuario se enferme?	MEDIO
¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiere?	MEDIO
¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafiliarme y moverme dentro del sistema de salud?	MEDIO
TOTAL El trato que como ser humano recibo de la EPS. En qué medida resuelve mi necesidad/problema	**MEDIO**

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ordenamiento-eps-2015.pdf

4. Acreditación

Dentro de la Red de proveedores contratada por Compensar EPS para la prestación de servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios, las siguientes instituciones cuentan con certificado de Acreditación vigente expedido por ICONTEC por cumplir con estándares superiores de calidad:

En Bogotá y Cundinamarca:

- Clínica Nueva
- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Hospital de San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá
- Hospital Infantil de San José
- Hospital Pablo VI Bosa
- Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
- Javesalud IPS – USS Calle 125
- Clínica Juan N. Corpas
- Clínica del Occidente
- Clínica Universidad de la Sabana
- Clínica Chía

Fuera de Bogotá y Cundinamarca:

- Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
- Fundación Valle del Lili
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

El 100% de la red contratada por Compensar se encuentra habilitada y su información se encuentra publicada en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud" del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Comportamiento como pagador de servicios

Los resultados de los indicadores financieros que reflejen la oportunidad y eficacia de Compensar EPS frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud se encuentra disponible en el sitio web de la Superintendencia nacional de Salud:

https://www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/empresas-administradoras-de-planes-de-beneficios

Régimen Contributivo Cuentas por pagar con corte a diciembre 2015
Cuentas por pagar: $ 45.795.348 - Cifras en miles de $

6. Sanciones

En el transcurso del año 2015, la Superintendencia Nacional de Salud impuso a Compensar una sanción, por considerar que no estaba dando cumplimiento a lo consagrado en los artículos 1 y 7 de la Ley 1281 de 2002 y al literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Frente a esta sanción, que ya se encuentra en firme y debidamente ejecutoriada, Compensar ya adoptó las medidas correctivas y preventivas necesarias.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901300235	**Cédula Usuario:**	C 1013659458
Nombre:	Q&R SEÑALIZACIONES SAS				
Dirección:	CL 62 B 70 35 SUR				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	QYRSENALIZACION@GMAIL.COM				
Teléfono:	3106953484		**Tarifa:**	6.960	
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 AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1013659458	MIGUEL ANGEL RIAÑO NIETO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	72	02/09/2021	M 108265915071980	RODRIGUEZ CLEIVER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

46F2A90BA9CEC593533CDBF517234F0E Certificado impreso el día 9/1/2021 10:46:00 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
CLEIVER YORVANYS
RODRIGUEZ
108265915071980
Q&R SEÑALIZACIONES SAS
901300235
Este carné es personal e intransferible.

Bogotá D.C. 01 de Septiembre de 2021

Señor: Consorcio MYSV-OINCO

Ref. AFILIACIÓN PENSIÓN TRABAJADORES EXTRANJEROS

Por medio de la presente Q&R Señalizaciones S.A.S. notifica que los trabajadores y/o empleados extranjeros que se encuentren dentro de la libre contratación de nuestra empresa no cuentan con afiliación de fondo de pensiones.

De acuerdo con el *Art.96* de la constitución colombiana son Nacionales Colombianos (…) *Naturales de Colombia, que con una de dos condiciones: que el padre o la madre hayan sido naturales o nacionales colombianos o que, siendo hijos de extranjeros, alguno de sus padres estuviere domiciliado en la República en el momento del nacimiento (…).*

Sin embargo, "Al igual que cualquier trabajador colombiano, los trabajadores extranjeros deberán encontrarse afiliados al sistema general de seguridad social en Colombia **(Salud, Caja de compensación y Riesgos laborales)**", por cuanto Q&R Señalizaciones S.A.S. actúa bajo el marco de la ley vinculado a las personas con nacionalidad extranjera mediante un contrato de trabajo con prestaciones de ley cumpliendo a cabalidad el *Artículo 3º de la Ley 797 de 2.003 el cual modifica el artículo 15 de la Ley 100 de 1.993, "Las personas a que se refiere el numeral segundo del presente artículo podrán afiliarse al régimen por intermedio de sus agremiaciones o asociaciones, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de esta ley".*

Sírvase firmar el duplicado, para dejar constancia de esta notificación.

Atentamente,

SEÑALIZACIONES S.A.S.
Ingeniería y señalización vial

Gerente General Q&R Señalizaciones SAS
Representante Legal Q&R Señalizaciones SAS

Proyecto: Juan Manuel Primicero
Reviso: Juan Manuel Primicero

Juan Manuel Primiciero
CC 80.221.738
TP 245.415-T

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901300235	**Cédula Usuario:**	C 1013659458
Nombre:	Q&R SEÑALIZACIONES SAS				
Dirección:	CL 62 B 70 35 SUR				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	QYRSENALIZACION@GMAIL.COM				
Teléfono:	3106953484		**Tarifa:**	6.960	
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 AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1013659458	MIGUEL ANGEL RIAÑO NIETO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	71	02/09/2021	C 18465957	RODRIGUEZ ALBERTO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

46F2A90BA9CEC593533CDBF517234F0E Certificado impreso el día 9/1/2021 9:45:52 PM por el portal de empresas Edesk

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PERDOMO PARRAGA HERNAN DARIO** identificado(a) con **CC** número **1.012.332.847** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de enero de 2006 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 junio de 2021.

Cordialmente,

***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

202106091026

Bogotá DC. 1 de Septiembre de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/9/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 18465957
Nombres y Apellidos	ALBERTO RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300235
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/9/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	1/9/2021
Cargo	Operario
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 908526

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación
D D M M A A A A
01 09 2021

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

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

3. Régimen A. Contributivo [X] 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			
Primer apellido: RODRÍGUEZ	Segundo apellido:	Primer nombre: ALBERTO	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CEDULA DE CIUDADANÍA	**8. Número del documento de identidad**: 18.465.957	**9. Sexo** Femenino [ ] Masculino [X]	**10. Fecha de nacimiento**: 30 07 1970

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
POSITIVA	PROTECCIÓN	908.526

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CRA 98B SUR # 73 85 SUR	7436840	3103496631	MONICAROMERO0315@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTÁ	Urbana [X] Rural [ ]	BOSA	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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]			D D M M A A A A

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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B2	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B3	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B4	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B5	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo			Condición	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
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 (A registrar por la E.P.S.)
	[ ][ ][ ][ ][ ][ ]		

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación 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	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de Radicación	42. Fecha (D D M M A A A A)
☐☐☐☐☐☐☐☐				

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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- ☐ 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 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 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 (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)
☐☐ / ☐☐			

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

148496764

(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: X

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: X — 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Ballesteros	Aguirre	Pilar	Andrea

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

8. Número del documento de identidad: 52978375

9. Sexo: Femenino: X — Masculino

10. Fecha de nacimiento: D D: 10 M M: 04 A A A A: 1983

III. 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: Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1'200.000=

18. Residencia

Dirección: Cra 86B No 53-22 Sur Chicala - Bosa

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3188763298

Correo Electrónico: Dilan16.pb@gmail.com

Municipio / Distrito: Bta

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: D D M M A A A A

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	D D M M A A A A	
B2			Femenino — Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino — Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino — Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino — Masculino	D D M M A A A A	

	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			

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA ESTUDIO
31 AGO 2021
CORREO
GRUPO ALIANZA
SOLUCIONES EMPRESARIALES

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		

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.196.826-1

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

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	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Mysv DINCO	NIT X TI CE CC PA CD	901499929	

39. Ubicación

Dirección: Cra 69 K No 79-63

Teléfono Fijo: 3081580

Correo Electrónico: recursoshumanos@mysv.co

Municipio / Distrito: Bta

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
- [ ] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

- [ ] 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.

E.P.S. RECIBIDO

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
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A
					31 AGO 2021	

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
		GRUPO ALIANZA SOLUCIONES EMPRESARIALES

Observaciones:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
GRUPO ALIANZA 830096263		

ARL | sura

Medellín, 31 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 MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL OINCO 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: 0000000002 ADMINISTRATIVO		Clase: 1		Porcentaje Cotización: 0,522 %	
C52978375	BALLESTEROS AGUIRRE PILAR ANDREA	01/09/2021		29439215	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 31/08/2021 12:26:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.53.219, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PILAR ANDREA BALLESTEROS AGUIRRE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52978375,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2018** 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 14 de septiembre 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Septiembre de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 52978375
Nombre	: PILAR ANDREA BALLESTEROS AGUIRRE
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MYSV OINCO
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901499929
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/09/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/09/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

La presente certificación se expide con destino a A quien interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001
icontec internacional
SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

Medellín, 31 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 MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD VIAL OINCO 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 BOGOTA DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C83229337	LOSADA OSORIO RAMON ANTONIO	01/09/2021		145qS188	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 31/08/2021 17:23:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.53.219, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 1 de Septiembre de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/9/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 83229337
Nombres y Apellidos	RAMON ANTONIO LOSADA OSORIO
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901499929
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/9/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	1/9/2021
Cargo	PROFESIONAL SST
Horas Labor Mes	192
Sueldo básico	$ 1500000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✔] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [✔] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✔] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOZADA	OSORIO	RAMON	ANTONIO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	83229337	F [ ] M [✔]	DÍA 11 MES 08 AÑO 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			SURA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PROTECCION	$ 1.500.000	Carrera 86a No 69a - 55	U. [✔] R. [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	D.C.		3202604609	OCUPACIONAL.RAMON@GMAIL.COM	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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 documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO MYSV OINCO	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. [✔]	901499929		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 69K No 79 - 63	BOGOTA	D.C.	3081580		RECURSOSHUMANOS@MYSV.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 01 MES 09 AÑO 2021	PROFESIONAL SST	$ 1.500.000

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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]

desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación 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 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del 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	Total
Cantidad:									

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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha / Puntaje / Nivel	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOSADA OSORIO RAMON ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **83.229.337** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de junio de 2006 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 10 de septiembre de 2021.

Cordialmente,

***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

202109101652

CONTRATO 2021 – 2020, CELEBRADO ENTRE LA SECRARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD Y EL CONSORCIO MYSV - OINCO

INFORME MENSUAL No 1

V0

"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Movilidad

BOGOTÁ

DEL 17 DE AGOSTO A 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021

BOGOTÁ DC

Anexo L

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35001B011E00
Descripción del producto : Echostar 5 TAPS Saco papel 25 Kg - 1,2t CP1 Sovitec T

Número de lote				**2021303115**
Manufacturing date			QCI21-1431	21/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0200
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	2.9600
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	9.4800
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	53.3100
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	92.1600
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.6400
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	20.0000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 21/02/2021

Quality manager

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35001B011E00
Descripción del producto : Echostar 5 TAPS Saco papel 25 Kg - 1,2t CP1 Sovitec T

Número de lote				**2021303116**
Manufacturing date			QCI21-1432	21/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0100
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	3.1300
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	10.4800
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	57.7700
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	93.8200
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.7600
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	20.0000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 21/02/2021

Quality manager

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35001B011E00
Descripción del producto : Echostar 5 TAPS Saco papel 25 Kg - 1,2t CP1 Sovitec T

Número de lote				**2021303117**
Manufacturing date			QCI21-1433	21/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0200
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	2.9400
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	9.7600
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	54.8800
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	93.1400
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.6800
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	19.9000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 21/02/2021

Quality manager

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35001B011E00
Descripción del producto : Echostar 5 TAPS Saco papel 25 Kg - 1,2t CP1 Sovitec T

Número de lote				**2021303118**
Manufacturing date			QCI21-1434	22/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0100
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	3.5100
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	10.5700
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	55.5000
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	92.9300
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.8300
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	17.1000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 22/02/2021

Quality manager

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35001B011E00
Descripción del producto : Echostar 5 TAPS Saco papel 25 Kg - 1,2t CP1 Sovitec T

Número de lote				**2021303119**
Manufacturing date			QCI21-1435	22/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0200
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	2.8300
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	8.2300
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	53.1900
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	91.6200
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.7600
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	16.3000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 22/02/2021

Quality manager

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35003B011I00
Descripción del producto : Echostar 5 WBP Plastiksack 25 Kg - 1,2t Palet CP9T

Número de lote				**2021303136**
Manufacturing date			QCI21-1436	23/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0200
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	3.5200
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	9.1700
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	47.1700
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	89.8600
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.4200
Fond	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	Fond	100,0000	100.000	100.0000
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	18.5000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 23/02/2021

Quality manager

Factory control report

Nombre de la empresa : Sovitec Iberica SAU
Dirección : P.I. Santa Rita, C/ Acústica, 10-12
08755 CASTELLBISBAL
Spain
Teléfono : +34 93 772 48 30
Fax : +34 93 772 12 25

G-VIAL, S.A.S.
gerencia@g-vial.com

Pedido de ventas : SOIBE21-0078
Pedido del cliente :043-2021
Albarán : DNIBE21-0466
Número de producto : 35003B011I00
Descripción del producto : Echostar 5 WBP Plastiksack 25 Kg - 1,2t Palet CP9T

Número de lote				**2021303137**
Manufacturing date			QCI21-1437	23/02/2021
1000	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	1000	0,0000	2.000	0.0200
710	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	710	0,0000	10.000	3.3900
600	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	600	5,0000	40.000	8.4300
355	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	355	40,0000	80.000	51.4300
212	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	212	70,0000	100.000	91.7600
125	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	125	95,0000	100.000	99.6000
Fond	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	Fond	100,0000	100.000	100.0000
% Defective glass beads	Specification			Resultado de prueba
	%	Mín.	Máx.	
	% Defective Camsizer	0,0000	20.000	18.8000
Road coating				Pass

CASTELLBISBAL, 23/02/2021

Quality manager

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS
NIT : 900515890
LUGAR Y FECHA: 08/09/2021
FACTURA Y/O PEDIDO: 57477

METODOLOGIA : De acuerdo a los métodos de ensayo e instructivos internos

PEGANTE PARA TACHAS / TSL-025-PEG			
LOTE : P-0002771			
FECHA DE FABRICACION: 22/07/2021			
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/01/2022			
PARAMETR0	**ESPECIFICACIONES**	**RESULTADO**	**NTC /INSTRUCTIVO INTERNO**
VISCOSIDAD (KU A 25°C)	115 -120	116	NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal A 25ºC)	6,40-6,80	6.69	NTC-561
TIEMPO DE SECADO (NO PICK UP EN MINUTOS)	7 – 25	20 PERATURA: 18ºC HUMEDAD :67%	NTC 5734
CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN EN (%)	Mínimo 99	99	NTC 1786
SEDIMENTACION DE LA PINTURA	10-0	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO	Máximo 5 UK	PASA	NTC 6108
ELONGACION	PASA / NO PASA	PASA	NTC 1115
DUREZA	MINIMO H	3H	NTC 912

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO
DIRECTOR TECNICO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS
NIT : 900515890
LUGAR Y FECHA: 13/09/2021
FACTURA Y/O PEDIDO: 57535

METODOLOGIA: De acuerdo a los métodos de ensayo internos .

PRODUCTO: PEGANTE BLANCO PARA BANDAS ALERTADORAS

FECHA DE FABRICACION: JUNIO DE 2021

FECHA DE VENCIMIENTO: DICIEMBRE DE 2021

	LOTE	P- 0002510	
PARAMETRO	**ESPECIFICACIONES**	**RESULTADO**	**NTC /INSTRUCTIVO INTERNO**
FINURA DE DISPERSION (UH)	6-7	6	NTC 2071 NUMERAL 4.3.7 NTC 557
VISCOSIDAD (KU a 25°C)	135-140	135	NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal a 25ºC)	5.26-5.56	5.41	NTC-561
COLOR	ΔE = 0.50 máx	0.05	I-GP-132
TIEMPO DE SECADO EN MINUTOS	60-90	78	I-GP-132
CONTENIDO DE SOLIDOS EN PESO (%)	Mínimo 94	95	NTC 1227
CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN (%)	Mínimo 90	92	NTC 1786
SEDIMENTACION DE LA PINTURA	perfecta 0: Torta firme que no se puede incorporar	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO (UK)	Máximo 5	3	NTC 6108
ADHERENCIA	90% MINIMO	97%	NTC 2071 NUMERAL 4.3.7 NTC 811

***ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE**

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO PINZON
DIRECTOR TECNICO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS
NIT : 900515890
LUGAR Y FECHA: 08/09/2021
FACTURA Y/O PEDIDO: 57477

METODOLOGIA : De acuerdo a los métodos de ensayo de la NTC 1360, INVIAS ARTICULO 700 e instructivos internos			
PRODUCTO: PINTURA TRAFICO PLASTICO EN FRIO SPRAY BLANCO COMPONENTE A			
LOTE: P-0003006			
FECHA DE FABRICACION: 01/09/2021			
FECHA DE VENCIMIENTO: 01/03/2022			
FINURA DE DISPERSION	Mínimo 3	4	NTC 1360 NUMERAL 8.2 NTC 557
VISCOSIDAD (KU a 25ºC)	90 - 92	90	NTC 1360 NUMERAL 8.6 NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal a 25ºC)	6,90 - 7,20	7.11	NTC 1360 NUMERAL 8.5 NTC-561
COLOR	ΔE = 1.0 máx	1	I-GP-132
OPACIDAD/CUBRIMIENTO (%)	MINIMO 95	98.62	NTC 1360 NUMERAL 6.2.6
TIEMPO DE SECADO (NO PICK UP EN MINUTOS)	7 – 15	7 TEMPERATURA: 16°C HUMEDAD: 70%	NTC 1360 NUMERAL 6.2.4 NTC 5734
COLOR	CARACTERISTICA COLOR BLANCO **L ≥90 a -2,2-0 b 0-5**	CARACTERISTICA COLOR BLANCO **L 92,95 a -1.42 b 4.19**	NTC 1360 NUMERAL 6.2.1
CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN (%)	98 MINIMO	99	NTC 1360 NUMERAL 6.1.3 NTC 1786
SEDIMENTACION DE LA PINTURA	perfecta 0: Torta firme que no se puede incorporar	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO (%)	Máximo 5	4	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.3 NTC 6108
BRILLO 85°	0 - 30	10	NTC 1360 NUMERAL 4.3
ELONGACION	PASA/ NO PASA	PASA	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 1115
RESISTENCIA AL AGUA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.2 /8.15
RESISTENCIA A LOS ALCALIS	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.1 /8.14
RESISTENCIA A LA ABRASION (dm3)	>200	480	NTC 1360 NUMERAL 6.3.3 /8.16
APARIENCIA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.2.3 / 8.10
DUREZA	MINIMO H	3h	I-GP-132

***ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE**

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO
DIRECTOR TECNICO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS
NIT : 900515890
LUGAR Y FECHA: 08/09/2021
FACTURA Y/O PEDIDO: 57477

METODOLOGIA : De acuerdo a los métodos de ensayo de la NTC 1360, INVIAS ARTICULO 700 e instructivos internos

PRODUCTO: PINTURA TRAFICO PLASTICO EN FRIO SPRAY BLANCO COMPONENTE B

LOTE: P-0003007

FECHA DE FABRICACION: 01/09/2021

FECHA DE VENCIMIENTO: 01/03/2022

FINURA DE DISPERSION (UH)	Mínimo 3	4	NTC 1360 NUMERAL 8.2 NTC 557
VISCOSIDAD (25ºC EN KU)	90 - 92	92	NTC 1360 NUMERAL 8.6 NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal A 25ºC)	7,00 – 7,25	7.15	NTC-561
COLOR	ΔE = 0.50 máx	0,29*	I-GP-132
OPACIDAD/CUBRIMIENTO (%)	95 MINIMO	98.56	I-GP-132
TIEMPO DE SECADO (NO PICK UP) EN MINUTOS	7 – 15	TEMPERATURA:16 °C HUMEDAD: 77%	NTC 1360 NUMERAL 6.2.4 NTC 5734
COLOR	CARACTERISTICA COLOR BLANCO **L ≥90 a -2,2-0 b 0-5**	CARACTERISTICA COLOR BLANCO **L 92,44 a -1, 07 b4,59** ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE	NTC 1360 NUMERAL 6.2.1
CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN (%)	99 - 100%	99,00%	NTC 1360 NUMERAL 6.1.3 NTC 1786
SEDIMENTACION DE LA PINTURA	10-0	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO	Máximo 5 UK	4 UK	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 6108
BRILLO 85°	MAXIMO 10	10	NTC 1360 NUMERAL 4.3
DUREZA	MINIMO H	2H	I-GP-132
ELONGACION	PASA/ NO PASA	PASA	NTC 1360 NUMERAL 8.7 NTC 1115
RESISTENCIA AL AGUA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.2 /8.15
RESISTENCIA A LOS ALCALIS	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.1 /8.14
RESISTENCIA A LA ABRASION EN dm3	>200	400	NTC 1360 NUMERAL 6.3.3 /8.16
APARIENCIA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL6.2.3 / 8.10

***ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE**

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO
DIRECTOR TECNICO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS
NIT : 900515890
LUGAR Y FECHA: 13/09/2021
FACTURA Y/O PEDIDO: 57535

METODOLOGIA : De acuerdo a los métodos de ensayo de la NTC 1360, INVIAS ARTICULO 700 e instructivos internos

PRODUCTO: PINTURA TRAFICO PLASTICO EN FRIO SPRAY AMARILLO COMPONENTE B

LOTE: P-0003052			
FECHA DE FABRICACION: 08/09/2021			
FECHA DE VENCIMIENTO: 08/03/2022			
DISPERSION EN UH	Mínimo 3	4	NTC 1360 NUMERAL 8.2 NTC 557
VISCOSIDAD (KU A 25°C)	90 - 92	92	NTC 1360 NUMERAL 8.6 NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal A 25ºC)	6.0 - 6.40	6.20	NTC-561
DENSIDAD DEL PRODUCTO (g/ml A 25°C)	MINIMO 1,60	1.63	NTC 1360 NUMERAL 6.1.4 NTC 561
COLOR	ΔE = 1 máx	0.76	I-GP-132
OPACIDAD/CUBRIMIENTO	90 MINIMO%	93.99	I-GP-132
TIEMPO DE SECADO (NO PICK UP)	7-15 MINUTOS	8 TEMPERATURA 17°C HUMEDAD: 72%	NTC 1360 NUMERAL 6.2.4 NTC 5734
COLOR	CARACTERISTICA COLOR AMARILLO **L 72-82 a 18-27 b 74-86**	CARACTERISTICA COLOR AMARILLO **L 76.13 a 21.08 B: 79.26**	NTC 1360 NUMERAL 6.2.1
% CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN	99 - 100%	99.1	NTC 1360 NUMERAL 6.1.3 NTC 1786
METODO DE ENSAYO GRADO DE SEDIMENTACION DE LA PINTURA	10-0	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO	Máximo 5 UK	4	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 6108
BRILLO 85°	MAXIMO 10	6.5	I-GP-132
ELONGACION	PASA/ NO PASA	PASA	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 1115
DUREZA	H MMINIMO	3H	I-GP-132
DETERMINACION DE LA RESISTENCIA AL AGUA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.2 /8.15
DETERMINACION DE LA RESISTENCIA A LOS ALCALIS	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.1 /8.14
DETERMINACION DE LA RESISTENCIA A LA ABRASION	>200 dm3	300	NTC 1360 NUMERAL 6.3.3 /8.16
DETERMINACION DE LA APARIENCIA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.2.3 / 8.10

***ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE**

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO PINZON
DIRECTOR TECNICO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS
NIT : 900515890
LUGAR Y FECHA: 13/09/2021
FACTURA Y/O PEDIDO: 57535

METODOLOGIA : De acuerdo a los métodos de ensayo de la NTC 1360, INVIAS ARTICULO 700 e instructivos internos

PRODUCTO: PINTURA TRAFICO PLASTICO EN FRIO SPRAY AMARILLO COMPONENTE A

LOTE: P-0003051			
FECHA DE FABRICACION: 10/09/2021			
FECHA DE VENCIMIENTO: 10/03/2022			
DISPERSION EN UH	Mínimo 3	4	NTC 1360 NUMERAL 8.2 NTC 557
VISCOSIDAD (KU A 25°C)	90 - 92	90	NTC 1360 NUMERAL 8.6 NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal A 25ºC)	6.10-6.40	6.31	NTC-561
DENSIDAD DEL PRODUCTO (g/ml A 25°C)	MINIMO 1,6	1.67	NTC 1360 NUMERAL 6.1.4 NTC 561
COLOR	ΔE = 1 máx	0.72	I-GP-132
OPACIDAD/CUBRIMIENTO	90 MINIMO%	92.10	I-GP-132
TIEMPO DE SECADO (NO PICK UP)	7-15 MINUTOS	7 TEMPERATURA: 16 °C HUMEDAD: 65%	NTC 1360 NUMERAL 6.2.4 NTC 5734
COLOR	CARACTERISTICA COLOR AMARILLO **L 72-82 a 18-27 b 74-86**	CARACTERISTICA COLOR AMARILLO **L 76.27 a 20.17 B: 79.45**	NTC 1360 NUMERAL 6.2.1
% CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN	99 - 100%	99.2	NTC 1360 NUMERAL 6.1.3 NTC 1786
METODO DE ENSAYO GRADO DE SEDIMENTACION DE LA PINTURA	10-0	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO	Máximo 5 UK	4	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 6108
BRILLO 85°	MAXIMO 10	6	I-GP-132
ELONGACION	PASA/ NO PASA	PASA	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 1115
DUREZA	H MMINIMO	2H	I-GP-132
DETERMINACION DE LA RESISTENCIA AL AGUA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.2 /8.15
DETERMINACION DE LA RESISTENCIA A LOS ALCALIS	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.1 /8.14
DETERMINACION DE LA RESISTENCIA A LA ABRASION	>200 dm3	400	NTC 1360 NUMERSAL 6.3.3 /8.16
DETERMINACION DE LA APARIENCIA	CUMPLE/NO CUMPLE		NTC 1360 NUMERAL6.2.3 / 8.10

***ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE**

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO PINZON
DIRECTOR TECNICO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS

CLIENTE: GESTION VIAL INTEGRAL SAS

NIT : 900515890

LUGAR Y FECHA: 08/09/2021

FACTURA Y/O PEDIDO: 57477

METODOLOGIA : De acuerdo a los métodos de ensayo de la NTC 1360, INVIAS ARTICULO 700 e instructivos internos

PRODUCTO: IMPRIMANTE BASE SOLVENTE ORBITEX® NEGRO

LOTE		**P-0002983**	
FECHA DE FABRICACION: 26 DE AGOSTO DE 2021			
FECHA DE VENCIMIENTO: 26 DE AGOSTO DE 2022			
PARAMETRO	**ESPECIFICACIONES**	**RESULTADO**	**NTC /INSTRUCTIVO INTERNO**
FINURA DE DISPERSION (UH)	Mínimo 3	4	NTC 1360 NUMERAL 8.2 NTC 557
VISCOSIDAD (KU a 25ºC)	80 - 90	88	NTC 1360 NUMERAL 8.6 NTC 559
DENSIDAD (Kg/gal a 25ºC)	5,60 - 5,90	5.64	NTC-561
COLOR	ΔE = 1 máx	0.14	I-GP-132
OPACIDAD/CUBRIMIENTO (%)	98-100	99	I-GP-132
TIEMPO DE SECADO (NO PICK UP EN MINUTOS)	7 – 15	7 Humedad: 65 % Temperatura: 19 °C	NTC 1360 NUMERAL 6.2.4 NTC 5734
CONTENIDO DE SOLIDOS EN PESO EN %	Mínimo 60	65.6	NTC 1360 NUMERAL 6.1.2 NTC 1227
CONTENIDO DE SOLIDOS EN VOLUMEN EN %	Mínimo 50	50,11	NTC 1360 NUMERAL 6.1.3 NTC 1786
SEDIMENTACION DE LA PINTURA	perfecta 0: Torta firme que no se puede incorporar	10	NTC 845-2
ESTABILIDAD AL ALMACENAMIENTO	Máximo 5 UK	4 UK	NTC 1360 NUMERAL 6.1.6.2 NTC 6108
BRILLO 85°	10 MAXIMO	10	I-GP-132
ESTABILIDAD A LA DILUCION (85% MUESTRA Y 15% XILOL)	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	I-GP-132
ELONGACION	PASA / NO PASA	PASA	NTC 1360 NUMERAL 8.17 NTC 1115
RESISTENCIA AL AGUA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.2 /8.15
RESISTENCIA A LOS ALCALIS	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.3.1 /8.14
RESISTENCIA A LA ABRASION (dm3)	>80	200	NTC 1360 NUMERAL 6.3.3 /8.16
APARIENCIA	CUMPLE/NO CUMPLE	CUMPLE	NTC 1360 NUMERAL 6.2.3 / 8.10

***ESPECTROFOTOMETRO BYK SPECTRO GUIDE**

En Pintuflex® estamos comprometidos con el planeta!

PINTUFLEX S.A.S ofrece garantía de las especificaciones técnicas de este producto mas no garantiza las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento porque éstas son inherentes al manejo de quien lo usa y están fuera de nuestro control. Para mayor información consultar la Ficha Técnica del producto antes de su utilización en www.pintuflexltda.com

JIMMY NIÑO

DIRECTOR TECNICO

FICHA TECNICA
ESTOPEROL DE ALUMINIO

GENERALIDADES

DESCRIPCION

DESCRIPCION

DISPOSITIVO PARA SEÑALIZACION VIAL UTILIZADO COMO REDUCTOR DE VELOCIDAD, MEDIANTE EFECTO DE BANDA SONORA.

USOS

EL ESTOPEROL DE ALUMINIO SE UTILIZA COMO DISPOSITIVO DE SEÑALIZACION HORIZONTAL INSTALADO EN SUPERFICIES DE ASFALTO, CONCRETO, ETC. SE INSTALAN EN HILERAS DE MINIMO 3, CREANDO EL EFECTO DE VIBRACION. SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN ZONAS ESCOLARES, CRUCES VEHICULARES Y DEMAS ZONAS QUE REQUIERAN REDUCCION DE VELOCIDAD

INSTALACION

PARA INSTALAR LA PIEZA SE DEBE LIMPIAR PRIMERO LA ZONA DESIGNADA, LIBRE DE AGUA Y POLVO. A CONTINUACION SE REALIZA LA PERFORACION CORRESPONDIENTE A EL ESPIGO PARA ANCLAJE, CON BROCA DE 3/4" DE DIAMETRO A 5.5 CM DE PROFUNDIDAD. SE DEBE SOPLAR EL INTERIOR DEL AGUJERO PARA ELIMINAR POLVO PRODUCTO DE LA PERFORACION, A CONTINUACION SE APLICA EL PEGANTE A UTILIZAR (PEGANTE EPOXICO O BITUMEN). POSTERIORMENTE SE INTRODUCE EL ESTOPEROL EN EL AGUJERO, USANDO POCA PRESION Y ASEGURANDOSE DE REBOSAR LOS BORDES.

OTRAS CONSIDERACIONES DE INSTALACION

EL PERSONAL ENCARGADO DE LA INSTALACION DEBE ASEGURARSE QUE NO HAYA HUMEDAD EN LA ZONA. NUNCA INSTALE EN CONDICIONES DE LLUVIA O PISO HUMEDO, ASEGURESE DE QUE LA ZONA ESTE LIBRE DE POLVO, ACEITE, OTROS, NO REALIZAR UN CORRECTO PROCEDIMIENTO PUEDE AFECTAR LA ADHERENCIA DEL PRODUCTO.

MANTENIMIENTO

SE RECOMIENDA LAVAR PERIODICAMENTE LAS PIEZAS CON SISTEMA DE AGUA A PRESION CON EL FIN DE RETIRAR EL POLVO Y HOLLIN QUE SE ADHIERE A LA PIEZA.

GARANTIA LIMITADA

NUESTRA GARANTIA LIMITADA CONTEMPLA DEFECTOS DE FABRICACION EN PLANTA, COMO MATERIALES, PROCESAMIENTO Y DISEÑO. EL PROCEDIMEINTO DE INSTALACION ES UNA GUIA, NO GARANTIZA LA PERMANENCIA DEL PRODUCTO EN EL PAVIMENTO. EL PERIODO OFRECIDO DE GARANTIA ES DE 1 AÑO CONTRA DEFECTOS DE FABRICACION.

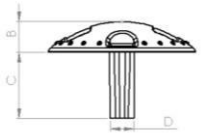
EMBALAJE

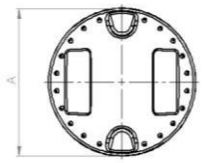
EMPAQUE: 200 UNIDADES POR LONA

PROPIEDADES FISICAS

DIMENSIONES GENERALES

DIMENSIONES GENERALES





DIMENSIONES	VALOR	TOLERANCIA	UNIDAD
A	100	2 +/1	MM
B	20	2 +/1	MM
C	50	2 +/1	MM
D	18	2 +/1	MM
PESO	92	2 +/1	GR

MATERIAL

CUERPO CON ESTRUCTURA INTERNA REFORZADA ELABORADO EN ALEACION DE ALUMINIO DE ALTA RESISTENCIA AL IMPACTO

COLOR CARCASA

EL PRODUCTO SE OFRECE EN EL COLOR NATURAL DEL ALUMINIO

NOTA: ASEGURESE DE UTILIZAR LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL NECESARIOS PARA TRABAJOS VIALES CHALECO REFLECTIVO, GUANTES, GAFAS TAPABOCAS Y BOTAS DE SEGURIDAD ADEMAS DE UN APROPIADO CERRAMIENTO DE SEÑALIZACIÓN VIAL ANTES DE INICIAR SUS TRABAJOS DE INSTALACIÓN.

SMART TRAFFIC DEVICES SAS
smartdevices.sas@gmail.com

SMART TRAFFIC DEVICES SAS

Bogotá D.C., 28 de septiembre de 2021

A QUIEN INTERESE

CERTIFICADO DE CALIDAD PRODUCTO

PRODUCTO: ESTOPEROL DE ALUMINIO CON ESPIGO 10X2 CM.

SMART TRAFFIC DEVICES SAS. Certifica que el producto en referencia de este documento, cumple con las especificaciones del **MANUAL DE SEÑALIZACION VIAL INVIAS 2015,** en cuanto a materiales y dimensiones del producto.

Agradezco la atención prestada al presente y en espera de sus comentarios,

Cordialmente,

DPTO. DE PRODUCCION
SMART TRAFFIC DEVICES SAS.

CARRERA 28 B No. 67-36 TEL 318 8030341 / 300 3223620
smartdevices.sas@gmail.com

CONTRATO DE OBRA No 2021-2020

REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

ZONA SEGUNDA – ORIENTE- NORTE LOCALIDADES: 2 CHAPINERO, 3 SANTAFÉ Y 17 CANDELARIA

ESPESORES DE PINTURA EN SECO Y HUMEDO DE LA CARRERA 7 CON CALLE 85

CONSORCIO MYSV OINCO

SEPTIEMBRE, 2021

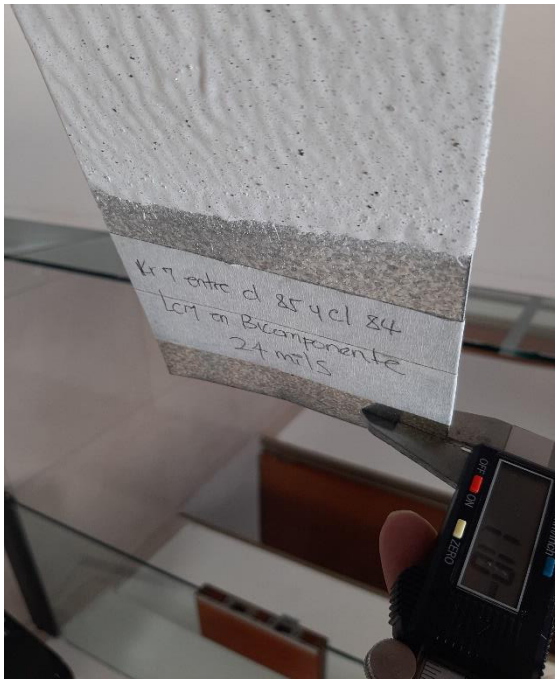
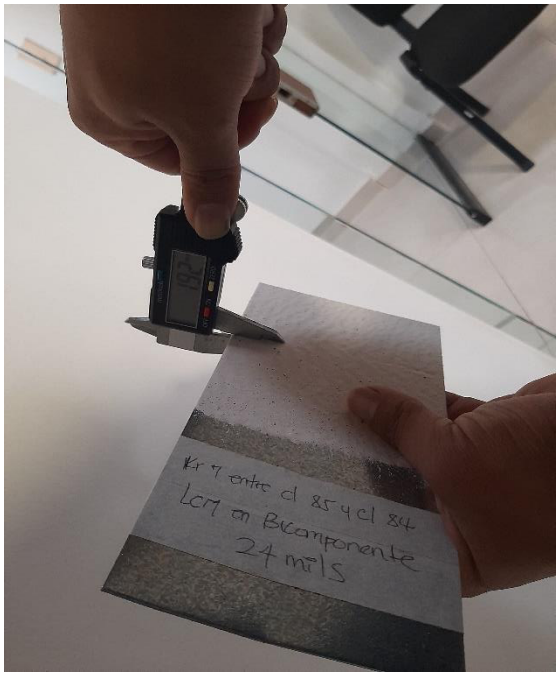
TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
00	Septiembre 25 de 2021	Creación del Documento	Ing. Alba Avendaño	Juan Jose Lamk Representante Legal

ESPESORES SECOS DE LAS MUESTRAS

Según el Anexo A: "Especificaciones técnicas para la ejecución de la señalización vertical, horizontal y otros dispositivos PINTURA DEL TIPO BICOMPONENTE de la LICITACIÓN PÚBLICA SDM-LP-033-2021: "Las proporciones de mezcla de los componentes debe estar en partes iguales de componente A y B, de tal manera que se pueda obtener una película seca de 22 mils, el cuál es el espesor seco mínimo establecido por la por la Secretaría Distrital de Movilidad".

Tabla 1 Toma espesor muestra bicomponente blanca Kra 7 con Calle 85 (08/09/21)

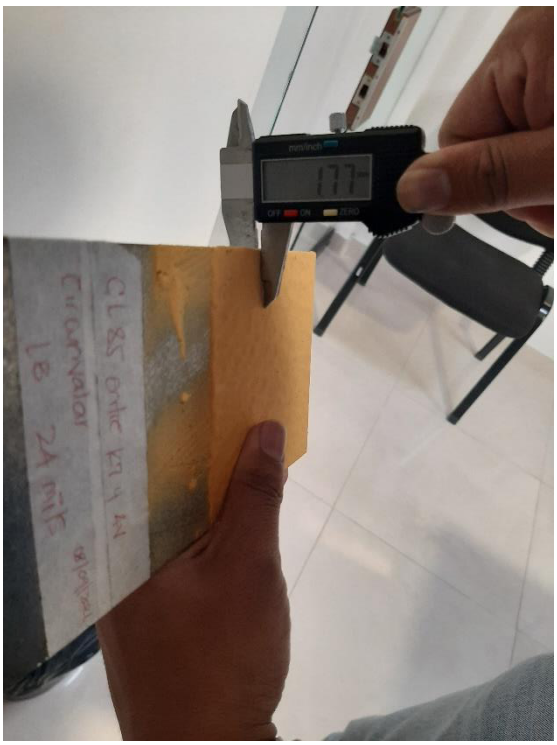
	
Espesor lámina: 1.10 mm	Espesor lámina+ pintura: 1.92 mm

Espesor pintura: Espesor lámina+pintura- Espesor lámina

Espesor pintura: 1.92 mm- 1.10 mm

Espesor pintura: 0.97 mm ≈ 32.28 mils

Tabla 2 Toma espesor muestra bicomponente amarilla Kra 7 con Calle 85 (08/09/21)

	
Espesor lámina: 1.10 mm	Espesor lámina+ pintura: 1.77 mm

Espesor pintura: Espesor lámina+pintura- Espesor lámina

Espesor pintura: 1.77 mm- 1.10 mm

Espesor pintura: 0.67 mm ≈ 26.37 mils

ESPESORES HUMEDOS DE LAS MUESTRAS

Tabla 3 Toma espesor humedo bicomponente blanca Kra 7 con Calle 85 (08/09/21)

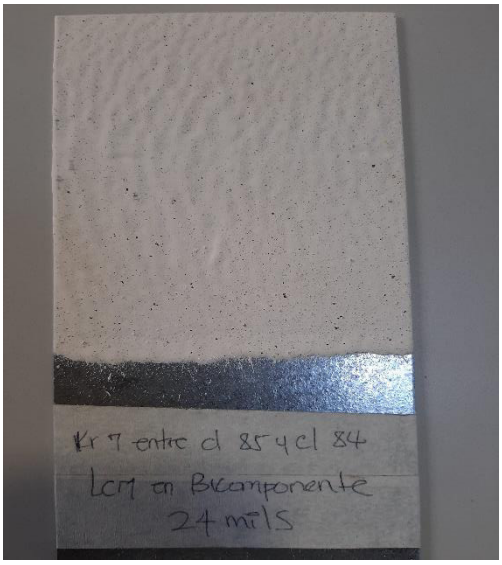
	
Toma de espesor húmedo 24 mils	

Tabla 4 Toma espesor humedo bicomponente amarilla Kra 7 con Calle 85 (08/09/21)

Toma de espesor húmedo 24 mils	

	JVR ESTUDIOS Y DISEÑOS S.A.S ESTUDIO DISEÑO Y AUSCULTCION DE VIAS	**RETROREFLEXIÓN HORIZONTAL** NORMA NTC 4744	Cod F-LAB 037 Ed 01 Sep 11

PROYECTO	CPS 676 MV 0104	FECHA	21/09/2021
CONTRATISTA	CONSORCIO SV BOGOTA	SECTOR	LOCALIDAD DE USAQUEN
UBICACIÓN	**CALLE 85 POR CARRERA SEPTIMA COSTADO SUR**		
INTERVENTOR	CONSORCIO SV BOGOTA		CALZADA
CONCESIONARIO	N/A	UNICA	☑
KM DEL	K0+000 AL K0+060	DERECHA	☐
		IZQUIERDA	☐

EQUIPO EASYLUX DE GEOMETRIA 15m

ESPECIFICACION NORMA NTC 4744

BLANCO 160 mcd/m2/lx **AMARILLO 140 mcd/m2/lx**

ABSCISA	DERECHO - LINEA BLANCA LECTURA EN (Milicandelas/m2/luz)							CUMPLE		MILI CANDELAS	EIZQUIERDO - LINEA AMARILLA LECTURA EN (Milicandelas/m2/luz)							CUMPLE	
							PROMEDIO	SI	NO								PROMEDIO	SI	NO
K0+000	381	369	372				374				175	169	171				172		
K0+020	396	392	391				393				156	151	152				153		
K0+040	328	354	336				339				143	149	140				144		
K0+060	227	239	225				230				157	145	149				150		
PROMEDIO TRAMO							334	X		160	PROMEDIO						155	X	

CUMPLE: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

Elaboró	Revisó	Aprobó
ILBER BENITEZ	JOHN MARTINEZ	JULIAN ROZO
Operario	Ingeniero Civil	Ingeniero Civil

CONTRATO 2021 – 2020, CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD Y EL CONSORCIO MYSV - OINCO

INFORME EJECUTIVO MENSUAL
No 1

V0

"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Movilidad

BOGOTÁ

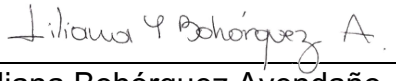
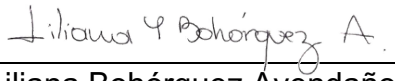
DEL 17 DE AGOSTO A 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021

BOGOTÁ D.C

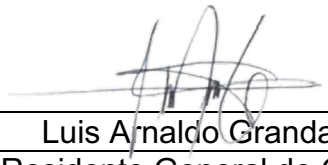
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE MODIFICACIÓN	FOLIOS
V0	09/17/2021	Versión Original	26 más anexos

ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

CONTRATISTA

Responsable de la elaboración	Revisado por	Aprobado por
		
Mauricio Prieto Martín	Liliana Bohórquez Avendaño	Liliana Bohórquez Avendaño
Coordinador de Obra	Directora de Obra	Directora de Obra

INTERVENTORÍA

Responsable de la Revisión	Aprobado por
	
Luis Arnaldo Grandas	Nelson Beltrán Mojica
Residente General de Obra	Director Interventoría

1. Introducción

El **CONTRATO 2021 – 2020,** tiene por objeto el *"REALIZAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL SUMINISTRO E IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS DE SEÑALIZACIÓN Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C",* celebrado entre la Secretaría Distrital de Movilidad y CONSORCIO MYSV - OINCO.

2. Información general del contrato de obra

Valor total del Contrato:	**$**	**17.829.038.350**
Duración:		**29 meses**
Fecha Inicio:		**17 de agosto de 2021**
Fecha de terminación		**16 de enero de 2024**

3. Periodo de reporte

El informe mensual de actividades correspondiente al período del (17 de agosto al 16 de septiembre de 2021) (primer mes de ejecución) del contrato SDM-2021-2020

4. Estado de avance del contrato

Las actividades realizadas en el periodo del presente informe de manera general fueron:

La primera entrega de diseños se envió al contratista en oficio CSVB–031–2021 del 19 de agosto de 2021 Entrega de Diseños No. 1. – Localidad de Santa Fé; EX_03_001_1841_17_V1, EX_03_066_1881_12_V2 y EX_03_070_1881_12_V2; el día 23 de agosto con el oficio CSVB–038–2021, se radico al contratista Entrega diseños corredor nuevo de la Kr 7 entre la calle 85 a la calle 32 "...Se solicita priorizar la intervención de este corredor, iniciando desde el costado norte del tramo hacia el sur, es decir, desde la Calle 85. Por lo cual, se requiere tramitar el Plan de Manejo de Tránsito de manera prioritaria…". El 25 de agosto de 2021 se radico al contratista con oficio CSVB-042-2021, Propuesta diseño de segregación planteada en la calzada oriental de la AK 7 entre CL 82 y CL 85. El día 2 de septiembre de 2021 se radico al contratista con oficio CSVB-INV-003-2021, Solicitud entrega de última versión de diseños correspondientes a la localidad de la Candelaria y Santa Fe. Donde se solicita la última versión de los siguientes diseños: EX_03_041_670_11, EX_17_034_1881_12, EX_17_036_1881_12, EX_17_001_1841_17, EX_03_065_1881_12, EX_03_071_1881_12, EX_03_076_1881_12,

EX_03_085_1881_12 y MV_02_280_941_09. El 9 de septiembre en oficio CSVB-INV-014-2021 se radicó al contratista entrega de última versión de diseños correspondientes a la localidad de la Candelaria y Santa Fe.

EL 25 de agosto de realizo la primera visita conjunta con interventoría al sector de prioridad de la calle 85 con carrera 7, donde se evidencio en campo que el diseño estaba desactualizado y por tal motivo no se continuo con el recorrido de todo el tramo y empezaron los recorridos a la localidad de Santa Fé, EX_03_001_1841_17_V1, EX_03_066_1881_12_V2 y EX_03_070_1881_12_V2. Después de cada recorrido en oficina se diligencio el formato de resultados donde se mencionan las garantías por cada CIV y por material, también se realiza el cálculo respectivo del presupuesto, para el comienzo de actividades.
Por ser tramo prioritario se comenzaron las actividades de obra en el sector de la calle 85 con la carrera 7 (intersección) en la jornada nocturna el día 1 de septiembre de 2021 y en el horario de 1 de la mañana a las 4:30 de la mañana obras de demarcación para acorde a la Implementación del diseño CPS_676_MV_01_04_V29, así como las actividades de solicitud de PMT y trámite correspondiente en la localidad de Santafé mediante el diseño EX_03_001_1841_17_V1, y la gestión social se especifica en el numeral 9 del presente informe.-.

Aspectos técnicos, modificaciones surgidas en desarrollo de las actividades, problemas y soluciones adoptadas.

Para ID CPS_676_MV_01_04 V29 se inició la visita de inspección de recorrido a la zona de la carrera 7 entre la calle 85 a la calle 32 y se encontró que la versión que se entregó, no era la última versión y en comité y reuniones se determinó solo implementar un sector especifico, el cual fue en la calle 85 con carrera 7 y Av circunvalar el CIV 2000835 con un diseño especifico y de emergencia y a su vez se intervino los CIV 2000854 y CIV 2002518.

Reporte de las actividades realizadas en el corredor o corredores asignados.

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
31	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 15 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	$ 1.224	358,60	$ 438.926,40
32	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 20	ML	$ 1.649	72,30	$ 119.222,70

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
	cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen				
33	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro 25 cm, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	ML	$ 1.874	84,60	$ 158.540,40
34	Suministro y aplicación imprimante acrílico negro, espesor seco 4 mils y 50% de solidos por volumen	M2	$ 9.345	449,89	$ 4.204.196,82
55	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 12 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray)según norma NTC 4744	ML	$ 4.617	358,60	$ 1.655.656,20
56	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 15 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	ML	$ 5.888	72,30	$ 425.702,40
57	Suministro y Aplicación de pintura en plástico en frio metilmetacrilato de 20 cm para líneas de demarcación, con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744	ML	$ 7.758	84,60	$ 656.326,80
58	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales con microesfera y espesor seco mínimo de 22 mils	M2	$ 46.187	87,48	$ 4.040.277,11

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
	(por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas				
59	Suministro y aplicación de pintura de plástico en frio metilmetacrilato para marcas viales sin microesfera y espesor seco de mínimo de 22 mils (por pulverización o spray) según norma NTC 4744, incluye pictogramas	M2	$ 41.997	114,28	$ 4.799.585,15
67	Suministro y aplicación manual (método llana) de pintura de plástico en frio metilmetacrilato pigmentada (verde o naranja o rojo o azul) sin microesferas para marcas viales de espesor seco de 50 mils según norma NTC 4744, incluye pictogramas.	M2	$ 74.176	30,12	$ 2.234.181,12
68	Suministro y aplicación de antideslizante para marcas viales según norma NTC 2072	M2	$ 3.663	231,88	$ 849.378,27
70	Suministro e instalación de tachas reflectivas según diseño con espigo de mínimo 5 cm. Cumpliendo con los coeficientes de intensidad luminosa de la NTC 4745 (Tabla 1).	UND	$ 11.955	282	$ 3.371.310,00
75	Suministro y anclaje de bordillo traspasable en resina poliéster de color amarillo con alta resistencia al impacto (Tipo piramidal, largo 40 cm, ancho de 15 cm y altura mínima de 8 cm de acuerdo con la figura 5-18 de la Resolución 1885 de 2015). Incluye accesorios y materiales para fijación.	UND	$ 64.530	70	$ 4.517.100,00

ITEM	DESCRIPCION	UND	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
80	Suministro e instalación de delineador tubular simple (Hito - Figura 5-17A) construido en material sintético flexible de color amarillo con tres bandas de 7,5 cm en material reflectivo blanco tipo XI , altura mínima 70 cm, diámetro mínimo de 8 cm. Incluye accesorios y materiales para fijación.	UND	$ 71.000	20	$ 1.420.000,00
100	Borrado mecánico de marcas viales.	M2	$ 32.092	43,61	$ 1.399.532,12

SUBTOTAL	$	30.289.935,48

2S	Suministro de maletín plástico de base mínima de 50 cm por 200 cm y altura mínima de 100 cm, con material reflectivo tipo IV o superior color blanco.	UND	$ 100	312848	$ 31.284.800,00

SUBTOTAL	$	31.284.800,00
TOTAL	$	61.574.735,48

Para este periodo se llevaron al almacen los 100 maletines el 16 de septiembre de 2021 y se tramito el formato en conjunto con la interventoria y esta en proceso de firma, el cual se adjuntara en el acta de recibo parcial (corte mensual) No1 dentro de los soportes.

Las actividades que se realizaron con relacion al retiro de una señal vertical se relacionara en el informe #2 con sus respectivos soportes y no se estan relacionando en el acta de recibo parcial No 1.

ESTADO PRESUPUESTAL. Balance Presupuestal del Contrato.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	**CDP** 1224 del 23 de febrero de 2021 por valor de ($ 19.810.000.000**)** **CDP** 12 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500) **CDP** 13 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500) **CDP** 12 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500) **CDP** 13 del 12 de marzo de 2021 por valor de ($ 26.248.317.500)
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	**CRP No.** 1691 Rubro 133011604490000007587 de 4 de agosto 2021 por valor ($2,829,999,937) **CRP No. 25** Rubro 133011604490000007587 de 5 de agosto 2021 por valor ($7,499,519,218) **CRP No.** 25 Rubro 133011604490000007587 de 5 de agosto 2021 por valor ($7,499,519,195)

Valor del Contrato =	$ **17.829.038.350**
Valor ejecutado obra en este periodo =	$ 30.289.935
Valor ejecutado Suministro en este periodo =	$ 31.284.800
Valor ejecutado Total en este periodo =	$ **61.574.735**
Valor pediente Por ejecutar =	$ **17.767.463.614**

5. Comentarios, conclusiones y recomendaciones.

En el periodo del presente informe se presentarón cambios en los diseños entregados despues del 17 de agosto de 2021, donde se ejecuto como compromiso prioritario el diseño que se entrego en la callle 85 con carrera 7, se realizo el proceso respectivo para solicitar PMT general y tambien solicitud de PMT en la localidad de Santa Fe para dar comienzo a actividades el 17 de septiembre.

Se realizan los respectivos presupuestos y formatos de resultados de las visitas de inspección que se realizaron en el periodo del 23 de agosto a 16 de septiembre.

Ejecución de obra con rendimiento acorde con los horarios que salieron en el COI de emergencia.

Se necesita que para que se pueda agilizar los tramites de ejecicion de obras los diseños se entreguen en la última versión.