PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 13 CÓDIGO: RH-F-001 **DOCUMENTO CONTROLADO**	**INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION**	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

Nombre del trabajador: Dois Amparo Forero **Fecha** DD: 28 MM: 04 AAAA: 23

Cargo: Vigilación de pisos **Área:** operativo

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	✓		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	✓		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	✓		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	✓		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	✓		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	✓		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	✓		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	✓		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	✓		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	✓		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	✓		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	✓		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	✓		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	✓		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	✓		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	✓		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	✓		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	✓		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	✓		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	✓		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	✓		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	✓		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			✓

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Dois Forero

C.C: 1010135604

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Isaac Bayo

Fecha: 18-04-2023 **Cargo:** Instalacion Pisos

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Politica de Seguridad vial y Politica de elmentos de protecion pelsona

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Yeserson Baica
Serguio Nabarrete

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** No aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha
- **Mecanismo de alarma:** 3 silbatos

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

ahorro energia



ahorro agua



Plastico y Reciclar



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

1000803

Firma del trabajador

cc. 1099327106

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
FECHA:	18-oct 2023	TIEMPO	
CARGO:	Instalar Pisos	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	Isaac Reyes		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES		X	
	RADIACIONES NO IONIZANTES		X	
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		
	PRESIONES ANORMALES	X		
	ILUMINACIÓN	X		
	VENTILACIÓN	X		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS		X	
	LIQUIDOS	X		
	VAPORES Y GASES			
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		
	EXPLOSIÓN	X		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		
	VIRUS - COVID-19	X		
	HONGOS	X		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		
	BAJA TENSIÓN	X		
	CARGA ESTÁTICA		X	
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA		X	
	CARGA DINÁMICA		X	
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		
	CAIDAS A NIVEL	X		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		
	RELACIONES HUMANAS	X		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		
	DESLIZAMIENTOS		X	
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		
	COLISIONES	X		

ELABORO Isaac Reyes

REVISO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 13 CÓDIGO: RH-F-001 **DOCUMENTO CONTROLADO**	**INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION**	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

Nombre del trabajador: Isaac Reyes **Fecha** DD 18 MM 04 AAAA 2023

Cargo: Instalacion Pisos **Área:** Operativa

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	✓		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	✓		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	✓		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	✓		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	✓		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	✓		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	✓		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	✓		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	✓		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	✓		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	✓		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	✓		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	✓		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	✓		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	✓		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	✓		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	✓		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	✓		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	✓		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	✓		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	✓		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	✓		
23	Decálogo de Compromiso con la vida		✓	

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Isaac Reyes.

C.C: 10 993221066.

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 13/04/2023

Yo ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1000626154 expedida en BOGOTA, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: ANDRES FELIPE QUINTERO M.	Nombre: Camila Ariza
Cargo: AUXILIAR	Cargo: Coord Gestion H
Firma: ANDRES QUINTERO	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ **Cédula:** 1000620154
Cargo: **Fecha:** 13/04/2023
Firma: ANDRES QUINTERO

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: AIKA HUMANA

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
X) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: COMPENSAR

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS **Calificación:**
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS **Responsable Inducción:**

AIKA HUMANA NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Andres Felipe Restrepo identificado con cedula de ciudadanía No 1000213615 expedida en Bogota, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Andres Felipe Restrepo	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Ayudante	Cargo: Coord Gestion A
Firma: Restrepo	Firma: Camila
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Andrés Felipe Restrepo **Cédula:** 1000213615
Cargo: Ayudante **Fecha:** 9 05 2023
Firma: Restrepo

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios. X
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: Global Óica

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores X

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirIdad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores X

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana X
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores X

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo. X
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad víal, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas X
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad víal
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Comfam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS **Calificación:**
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS **Responsable Inducción:**

Powered by CamScanner

Ayudante 1.

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 28/04/2023

Yo Arthur Alejandro Coly identificado con cedula de ciudadanía No 80130485 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Arthur Alejandro Coly	Nombre: Camila Anta
Cargo: Oficial Electrico	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Alejandro Coly	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Arthur Alejandro Cel
Cargo: Oficial Electrico
Cédula: 80130485
Fecha: 28 DD 04 MM 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: AIKA Humana Empresa Cliente: Colegio

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

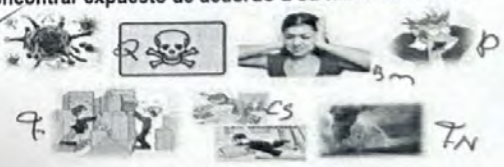
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☑ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Bryan David castañeda Diaz identificado con cedula de ciudadanía No 1026306243 expedida en Bogota D.C., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Bryan castañeda	Nombre: Camila Ante
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: BRYAN	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Bryan Castañeda Cédula: 1026305293
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 04/05/23 DD MM AAAA
Firma: BRYAN

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: _____ CCF: _____

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☐ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Crispin arley S. P. identificado con cedula de ciudadanía No 11.936 574 expedida en condoto choco, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Crispin arley S. P.	Nombre: Camila Arteaga
Cargo: oficial de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Crispin S. P.	Firma: Camila
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Crispin A. S. Perea Cédula: 14.936.574
Cargo: oficial de obra Fecha: 27 04 2023
Firma: crispin sanchez

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios. X
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: AIKA Empresa Cliente: COMA

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio X
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad. X
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores. X
d) Todas las anteriores X

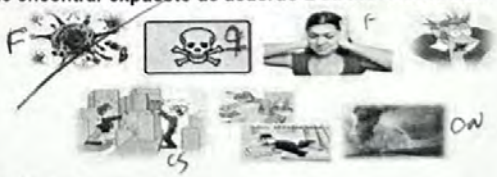
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores X

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana X
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero X
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa. X
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones X
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral. X
c) Informar sobre mi estado de salud. /
d) Todas las anteriores X

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q X	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo. X
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso. X
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación. X
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
X b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas X
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial X
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: COMPENSAR

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 13-04-23

Yo Cristian Camilo Castillo identificado con cedula de ciudadanía No 1023908209 expedida en Bogota, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Cristian Camilo Castillo	Nombre: Camila Anta
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04 Versión: 1 Enero 2019

Nombre: Cristian Camilo Castillo — Cédula: 1023908209
Cargo: Ayudante — Fecha: 13 9 23
Firma: Cristian Castillo

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
(X) a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: CRISTIAN CASTILLO Empresa Cliente: CONSORCIO

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
(X) d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
(X) d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
(X) a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
(X) d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
(X) c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
(X) d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS (D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS	**Calificación:** **Responsable Inducción:**	AIKA HUMANA NIT.900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☑ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Bryan David castañeda Diaz identificado con cedula de ciudadanía No 1026306243 expedida en Bogota D.C., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Bryan castañeda	Nombre: Camila Ante
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: BRYAN	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Bryan Castañeda Cédula: 1026305293
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 04/05/23 DD MM AAAA
Firma: BRYAN

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: _____ CCF: _____

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Daniel Carmona Cabrera Cédula: 1108832088
Cargo: Ayudante Fecha: 05 DD 04 MM 2023 AAAA
Firma: Daniel Carmona Cabrera

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: AIKA HUMANA Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X d) A, B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: _____ CCF: Colsubsidio

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación: _____
Responsable Inducción: _____

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☑ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Daniel Carmona Capero identificado con cedula de ciudadanía No 1108881099 expedida en Ataco Tolima, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Daniel Carmona Capero	Nombre: Camila Anta
Cargo: Ayudante	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Daniel Carmona Capero	Firma: Camila
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

X

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 29/Abril/2023

Yo Delvis Rodriguez Morales identificado con cedula de ciudadanía No 1002431366 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Delvis Rodriguez	Nombre: Camila Anta
Cargo: Ayudante	Cargo: Coord Gestion
Firma:	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

III

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Dalvis Rodriguez Korals
Cargo: Ayudante
Cédula: 1004501366
Fecha: 29 Oct 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: Colsubsidio

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN [x] **REINDUCCIÓN** [ ] **Fecha:** 28-04-2023

Yo Fabian 1007643019 identificado con cedula de ciudadanía No expedida en Bogota, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Fabian ortizcorb	Nombre: Camila Ariza
Cargo: aydante	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Fabian	Firma: Camila
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Fabian Cédula: 1007643019
Cargo: Aydante Fecha: 26 DIC 2023
Firma: Fabian

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: aka Empresa Cliente: colegio

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: Comfamiliar Cartagena

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS **Calificación:**
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS **Responsable Inducción:**

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] Fecha: 12/04/2023

Yo Gerardo Lizarazo Ordoñez identificado con cedula de ciudadanía No 1749508 1 expedida en Tejanias, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Gerardo Lizarazo Ordoñez	Nombre: Camila Anza
Cargo: Maestro	Cargo: Coord Gestion H
Firma: GERARDO LIZARAZO. O 1749508 1	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Gerardo Lizarazo Ordóñez Cédula: 1749508 1
Cargo: Electricista. Fecha: 12 Jul 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Jose. Empresa Cliente: Global.

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam.

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS	Calificación:
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS	Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☑ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 20/04/2023

Yo Yaime Luis Dickson Gorman identificado con cedula de ciudadanía No 1067879344 expedida en Montería Cordoba, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Yaime Luis	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Aspirante	Cargo: Coord. Gestion H
Firma: Yaime Luis	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Yaimelwis Dickson Gelman Cédula: 1067877347
Cargo: ACHUDANTE Fecha: 20 04 2023
Firma: Yaimelwis

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Yaimelwis Empresa Cliente: AIKA Humana

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguiridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Jeisson Sanchez. identificado con cedula de ciudadanía No 1024515705 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Jeisson Sanchez.	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Oficial	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Jesson S.	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Jeisson Sanchez. Cédula: 1024555705
Cargo: OFICIAL Fecha: 17 01 2023
Firma: Jeisson S.

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: AIKA HUMANA

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: COFAM

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 14-04-2023

Yo Jhollen sebastian Sarria Racines identificado con cedula de ciudadanía No 1062.323604 expedida en Santander de Quilichao, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Jhollen Sebastian Sarria Racines	Nombre: Camila Anza
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Jhollen Sebastian Sarria Racines Cédula: 1062.323.604
Cargo: Ayudante de Obra Fecha: 14 04 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
[X] Producción de bienes y servicios.
[ ] b) Mercadeo y Marketing
[ ] c) Hotelería y Turismo
[ ] d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: AIKA Empresa Cliente: comet

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
[ ] a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
[ ] b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
[ ] c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
[X] Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
[ ] a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
[ ] b) Seguir los protocolos y estánderes de seguiridad y salud en el trabajo.
[ ] c) Cumplir el horario de trabajo
[X] Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
[X] Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
[ ] b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
[ ] c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
[ ] d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
[ ] a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
[ ] b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
[ ] c) Informar sobre mi estado de salud.
[X] Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
[ ] a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
[ ] b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
[X] Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
[ ] d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
[ ] a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
[ ] b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
[ ] c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
[X] B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cumen

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT 900.801.942-5

Powered by CamScanner

	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 13042023

Yo Johan Nicolas Tenza Melo identificado con cedula de ciudadanía No 1002728091 expedida en Bogota d.c., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Johan Nicolas Tenza	Nombre: Camila Anza
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Johan Nicolas Tenza Cédula: 1002728504
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 13-04-23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Johan Tenza Empresa Cliente: Tronca l.

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

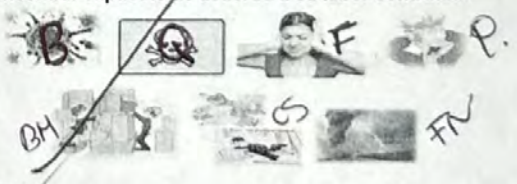
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Seguros bolívar. CCF: Cafam.

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 13/04/2022

Yo Jhon steven Torres cagua identificado con cedula de ciudadanía No 1023972618 expedida en Bogota D.C, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador		Datos de quien realiza la inducción/re-inducción	
Nombre:	Jhon steven Torres cagua	Nombre:	Camila Ariza
Cargo:	Ayudante de obra	Cargo:	Coord Gestion H
Firma:	Jhon steven Torres C	Firma:	

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Jhon Steven Torres Cajas Cédula: 1023973618
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 28/12/2023
Firma: Jhon Steven Torres C

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
X a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Jhon Torres Empresa Cliente: Trancal

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X d) Todas las anteriores

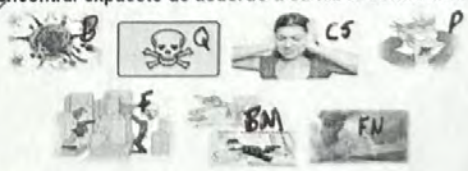
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: positiva seguros CCF: porvenir colsubsidio

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS **Calificación:**
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS **Responsable Inducción:**

AIKA HUMANA NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 04/05/2023

Yo Jose David Santana Hernandez identificado con cedula de ciudadanía No 1007764327 expedida en Cartagena, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Jose David Santana	Nombre:
Cargo: ayudante de obra	Cargo:
Firma: Jose David	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Jose David Santana Hernandez Cédula: 1007964327
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 04/05/2023
Firma: Jose david santana

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Ayudante Empresa Cliente: bodega RH

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

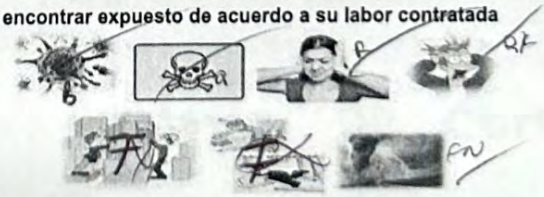
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: Cafam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS **Calificación:** _____
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS **Responsable Inducción:** _____

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Julio Duarte ortiz identificado con cedula de ciudadanía No _____ expedida en _____, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Julio Duarte ortiz	Nombre: Camila Anza
Cargo: auxiliar	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Julio Duarte ortiz	Firma: Camila
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Julio Duarte Ortiz Cédula: 1942488 6 Bta
Cargo: axiliar Fecha: DD MM AAAA
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aika Humana Empresa Cliente: Comet

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam.

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT 900.301.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN [x] **REINDUCCIÓN** [ ] **Fecha:** 25-04-2023

Yo Luis Carlos Gomez Pacheco identificado con cedula de ciudadanía No 1043585737 expedida en Barranquilla Atlantico, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Luis Carlos Gomez Pacheco	Nombre: Camila Arteta
Cargo: Oficial de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Luis Carlos	Firma: Camila

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Luis Carlos Gomez Pacheco Cédula: 1043585737
Cargo: oficial de obra Fecha: 25-04-2023 MM AAAA
Firma: Luis Carlos

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
[X] a) Producción de bienes y servicios.
[ ] b) Mercadeo y Marketing
[ ] c) Hotelería y Turismo
[ ] d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aika Humana Empresa Cliente: Aika Humana.

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
[ ] a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
[ ] b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
[ ] c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
[X] d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
[ ] a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
[ ] b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
[ ] c) Cumplir el horario de trabajo
[X] d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
[X] a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
[ ] b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
[ ] c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
[ ] d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
[ ] a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
[ ] b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
[ ] c) Informar sobre mi estado de salud.
[X] d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
[ ] a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
[ ] b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
[X] c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
[ ] d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
[ ] a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
[ ] b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
[ ] c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
[X] d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Colmena CCF: Colsubsidio

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☐ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 15-Abril-23

Yo Omar Yair Clemente Vasquez identificado con cedula de ciudadanía No 1003601270 expedida en montos cordoba, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Omar Yair Clemente	Nombre: Camila Anza
Cargo: Oficial	Cargo: Coord Gestion H
Firma: O. Clemente	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Omar Jair Clemente Vasquez Cédula: 1003012 to
Cargo: Oficial Fecha: 15-04-2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aika Empresa Cliente: comet

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X Todas las anteriores

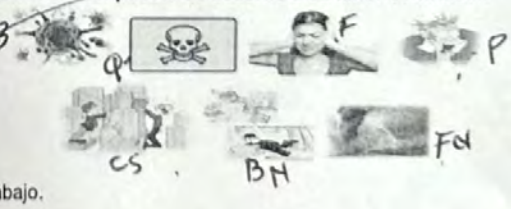
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
X Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Porvenir

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT 900.801.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 14/04/2023

Yo Rigoberto Martinez identificado con cedula de ciudadanía No 1033815601 expedida en Bogota, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Rigoberto Martinez	Nombre: Camila Anzola
Cargo: Oficial	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Rigoberto M.	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Rigoberto Martinez Cédula: 1033815691
Cargo: Oficial Fecha: 14/04/2023
Firma: Rigoberto M.

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Colpatria CCF: Porfesores

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción: AIKA HUMANA 901.942-5

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 29. Ab. 23

Yo Vivian Rocio Castro Castro identificado con cedula de ciudadanía No 1022330397. expedida en Bogotá., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Vivian Rocio Castro.	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Residente de obra.	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Vivian Rocio Castro Cédula: 1022330907.
Cargo: Residente obra Fecha: 29 04 23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Global. Empresa Cliente: X

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

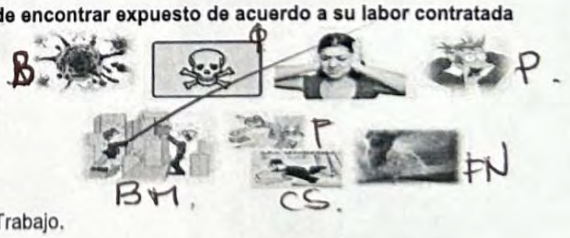
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SST/A (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: _____ CCF: _____

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación: A
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] Fecha: 14/04/2023

Yo Akram Mackenzie Castillo Duarte identificado con cedula de ciudadanía No 1124021607 expedida en Bogota, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Akram Mackenzie	Nombre: Camila Anza
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Aksam Mackenzie castillo Cédula: 1124021607
Cargo: Auxiliante de obra Fecha: 14/04/2023 DD MM AAAA
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal. X

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aksam mackenzie Empresa Cliente: AIKA Humana

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

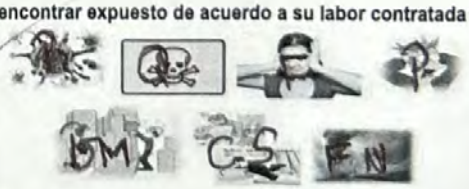
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores X

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana X
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores X

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación. X
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas X

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam

AIKA HUMANA NIT 900.801.942-5

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 13 CÓDIGO: RH-F-001 **DOCUMENTO CONTROLADO**	**INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION**	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

Nombre del trabajador: Cristian Felipe Betancur **Fecha** 02 05 2023

Cargo: Ayudante **Área:** San Isidro

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Cristian Betancur

C.C: 1000463266

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Johan Lozada Rozo

Firma: Johan Lozada

C.C: 1022958693

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: SST-FOR-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Inducción SST.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	X Inducción - Reinducción		X Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		X Salud Ocupacional		X Trabajadores Operativos
	Simulacro		X Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad		X Contratistas
	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: San Isidro. FECHA: 02 05 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Yesica Rodriguez		
2	Cristian Betancur.	1000463266	Ayudante Civil.
3	Sergio Velasquez	1001833211	Of.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Fabian Toca (1)	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Cristian Felipe Betancur Arias

Fecha: 02-05-2023 **Cargo:** Ayudante

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política EPP

Política de Alcohol y Drogas

Política de Seguridad Vial

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio Navarrete - Oscar Guerrero

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañia.
b. Depositarios en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
✓ e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Patio principal
- **Punto de encuentro área Operativo:** Patio principal
- **Mecanismo de alarma:** Sirena escolar

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Uso eficiente de ahorro de energía



Uso eficiente de ahorro de agua



Buen uso y manejo de residuos



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [F]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Cristian Beltran

Firma del trabajador

cc. 1000463266

Powered by CamScanner

VERSIÓN: 4	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
CÓDIGO: RH-FO-02		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Induccion SST

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Obligatoriedad específica	X	Salud Ocupacional	X	Operarios Operativos
	Sensibilización	X	Medio Ambiente		Contratistas / Empresas
			Responsabilidad Social	X	Contratistas
	Otros		Otros		Otros

LUGAR: Sede Jodvin Castro. FECHA: 05 09 2023 DURACION: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JAVIER ALBA. Andres Barragan	79900758 1000327681	SOLDADOR Auxiliar.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR: Edwin Lozada (11)

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: Andres Felipe Barrios **Fecha** 05 May 2023

Cargo: Auxiliar **Área:** Jose J Castro.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Andres B.

C.C: 1000327681

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Fabian Tocora

Firma: Fabian Tocora

C.C: 1072958693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Andrei Felipe Barragan

Fecha: 05/mayo/2023 **Cargo:** Auxiliar.

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

EPP
Alcohol
Drogas

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio Navarrete
Oscar Romero.

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
X. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Cancha de micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha de micro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena.

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Ahorro de Energia.



Ahorro de Agua.



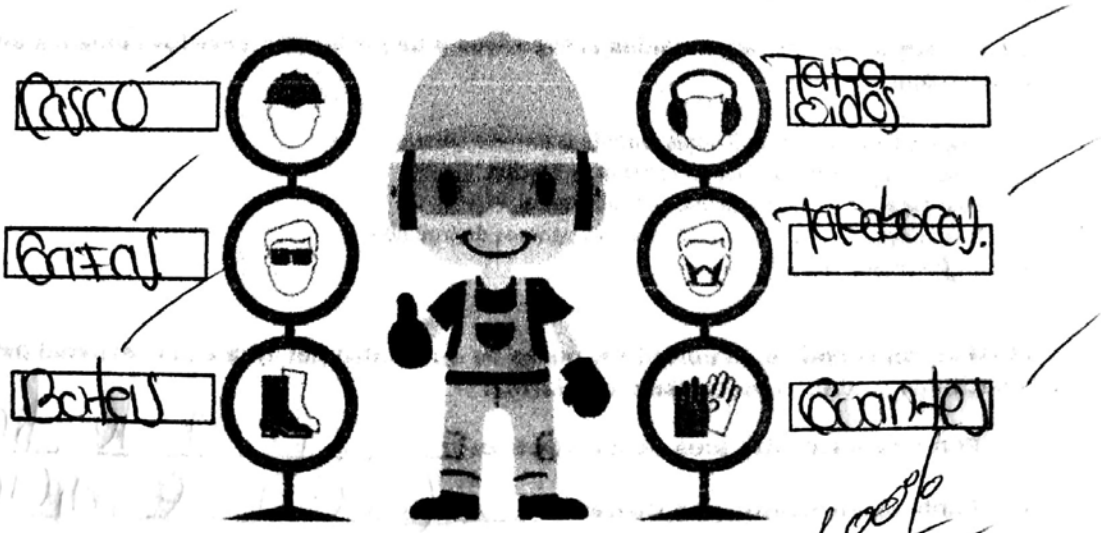
Manejo integral de Residuos



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Andrey B.

Firma del trabajador

cc. 1.000327681

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Inducción SST

MARCAR CON "X"

INDUCCION	X	TEMAS	X	DIRIGIDO	X
REINDUCCION			X		
			X		

LUGAR: Sede Jodvin Castro. FECHA: 05 09 2023 DURACION: 1h.

RELACION DE PARTICIPANTES

N	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JAVIER ALBA.	79900758	SOLDADOR
2	Andres Barragan.	CC1032708?1	Auxiliar.

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 13 CÓDIGO: RH-F-001 **DOCUMENTO CONTROLADO**	**INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION**	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

Nombre del trabajador: Javier Alba. **Fecha** 05 05 2023

Cargo: Soldador **Área:** Jose J Castro.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Javier Alba.

C.C: 79909758.

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Fabian Fonseca Mora

Firma: Fabian Fonseca M

C.C: 1072958693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: JAVIER ALBA

Fecha: 05-05-2023 **Cargo:** SOLDADOR

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

POLITICA DE EPP.
POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS
POLITICA SEGURIDAD VIAL.

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: SERGIO NAVARRETE.
OSCAR GUERRERO

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** CANCHA DE MICRO
- **Punto de encuentro área Operativo:** CANCHA DE MICRO
- **Mecanismo de alarma:** SIRENA DEL COLEGIO.

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Ahorro De Energia



Ahorro De Agua.



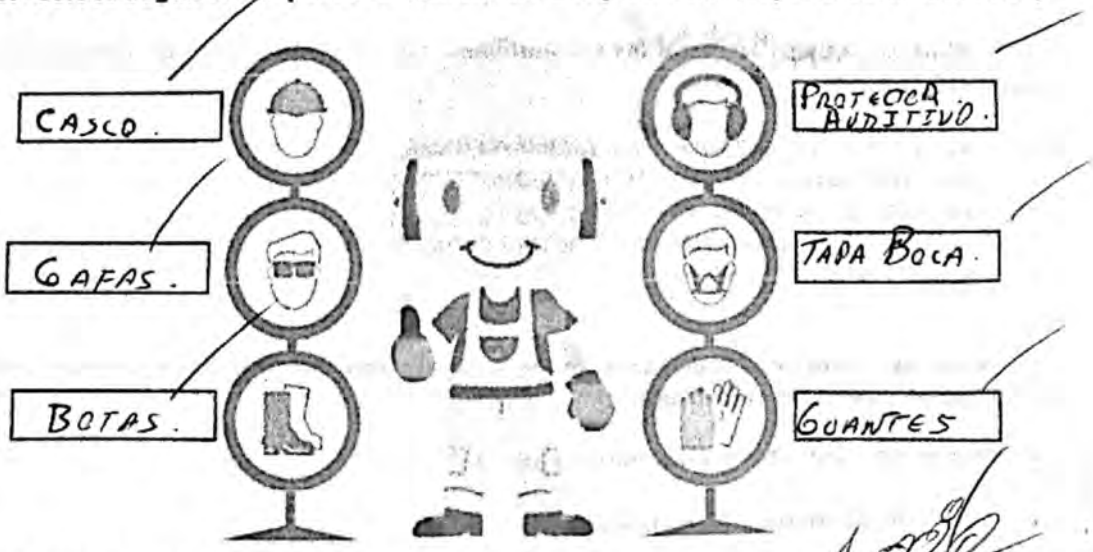
Manejo Integral De Residuos



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Javier Alba.

Firma del trabajador

cc. 79900758.

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CODIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Inducción SST.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
X	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro	X	Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: San Isidro. FECHA: 02 / 05 / 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Yasser Rodriguez		
2	Cristian Betancur.	1000463266	Ayudante Civil Practicante
3	Sergio Velasquez	1001833211	OF
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL
Fabian Toca (1)	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 13 CÓDIGO: RH-F-001 **DOCUMENTO CONTROLADO**	**INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION**	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

Nombre del trabajador: [illegible] **Fecha** 02 | 05 | 2023

Cargo: [illegible] **Área:** [illegible]

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: [illegible]

C.C: 1001833277

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: [illegible]

Firma: [illegible]

C.C: 1022.958.693.

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Carlos Luis Velasquez Pineda

Fecha: 02/05/2023 **Cargo:** OF

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política de SST
Política de bullying y acosadores
y acoso laboral

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Carlos Valverde y Juan Fernando Perdomo

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
X. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
X b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
X c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Patio principal
- **Punto de encuentro área Operativo:** Patio principal
- **Mecanismo de alarma:** Sirena del celular

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Derrame de hidrocarburos | uso eficiente del agua | Manejo integral de RS







15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [F]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)

Casco | Protectores auditivos

Gafas | Tapabocas

Botas | Guantes



100%

Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

Firma del trabajador

CC. 1001533211

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 0001		
CÓDIGO HSEQ-F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	02-05-2023	TIEMPO	Laña 4077644
CARGO	Ayudante	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	Cristian Felipe Betancur	Cintia Betancur	
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1060463266		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas vibrocalefactores, soldadura
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Soldadura, ultravioleta solar, luz visible.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Cuiveros.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Puesto de trabajo en áreas
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, sistemas flamas.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos inherentes
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Lesiones, golpes, cortadas.
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Residuos, puestos de trabajo con herramientas
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, orificios.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de capacitación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación intra y extralaboral
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Desplazamientos por el área.
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
FECHA:	05/MAR/2023	TIEMPO CONTRATO	2 AÑOS	
CARGO:	AYUDANTE			
NOMBRE TRABAJADOR	Andres Barragan.			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1088276168		Andres B.	

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas.
	VIBRACION	X		Vibraciones de equipos, soldadura
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta (Sol) Infrarrojo.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Mineros.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento, Trabajos en altura
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, sustancias químicas.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Trabajo en caliente
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Herramientas de corte, cortadora.
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Soldadura en elevados.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Retiro, basuras de todo tipo generadas.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, Cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de comunicación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación intra y extralaboral.
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Desplazamientos por el area.
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehiculos.

ELABORO Edwin Leon Pinzon. REVISO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 0001				
CÓDIGO HSEQ-F-193				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA 05-05-2023		TIEMPO	22 Años	
CARGO SOLDADOR		CONTRATO	40 H 644	
NOMBRE TRABAJADOR	JAVIER ALBA	Javier Alba.		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	79 900 255			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas,
	VIBRACION	X		Vibradores, taladros, esmeriladora
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del sol, luz visible.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Gases.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación y deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento en trabajos en alturas.
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, sustancias químicas.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos peligrosos.
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano.
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de Mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tornos, taladros, cortadora.
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamiento.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas.
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados.
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas.
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo Muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Vertimiento de residuos en áreas de trabajo.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, orificios.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de concentración
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación intra y extralaboral
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Inherentes a la actividad.
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 0001				
CÓDIGO: PSEO-F-193				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA	20/5/2023	TIEMPO CONTRATO	3 años	
CARGO	Oficios varios Logística Planta		40 (644)	
NOMBRE TRABAJADOR				
IDENTIFICACIÓN C.C. N°				

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas
	VIBRACION	X		Vibradores, taladros, rotomartillo
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del sol, luz visible
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Cilindros.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento, trabajos en altura, polvo, fibras, abierto.
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, abierto.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, Sustancias químicas.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos ambiente
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano.
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Personas, cables, contactos
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo Mecánico.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Residuos, puntos de trabajo ocasionados.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, Cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de compromiso
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación intra y extralaboral
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Desplazamientos por el área.
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

ANEXO SST-18. EXÁMENES MÉDICOS CONTRATISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000408385

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/03/2023 10:32:13

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA **C.C** 1024483375

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.795

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	05 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

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	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
TORRES LARA DIEGO FERNANDO	CC (Tipo)	79420028 (Número)	07/08/1967	55 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OFICIAL DE OBRA	**02/05/2023 07:51:30 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos):	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	AGUDEZA VISUAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO DE INGRESO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. APTO PARA TRABAJAR.

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: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
P136V1B40795

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: TORRES LARA DIEGO FERNANDO

CC: 79420028

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.523

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

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	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
MENDEZ SANCHEZ HELY ANTONIO	CC (Tipo)	15765992 (Número)	13/12/1977	45 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OFICIAL	**21/01/2023 08:34:26 a.m.**	**21/01/2023 09:41:30 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: **SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : ORL	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009, EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO Y PULMONAR NORMAL, PARACLINICOS PRESENTA HIPOACUSIA BILATERAL, SEGUIMIENTO POR ORL DE SU EPS, VALORACION POR AUDIOLOGIA PARA TOMAR CONDUCTA. PRESENTA AMETROPE CORREGIDA. LABORATORIOS DENTRO DE RANGOS NORMALES. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS BAJO RECOMENDACIONES.

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: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
X136D1J39523

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: MENDEZ SANCHEZ HELY ANTONIO

CC: 15765992

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S
Nit. 830.136.321-5
UC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 12-ene.-2023 **HORA** 12:57:40
EMPRESA Vidrieria Mar De Cristal Nit. 901.365.771-5
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Libardo Ricaurte Ramirez
Edad 56 años 3 meses 18 dias
Documento de Identificación: CC Número: 14320293
Cargo INSTALADOR

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso de protección auditiva.

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE .
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE .

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1. / Uso de EPP acordes a alturas. 2. / Mantener un peso adecuado corporal para trabajo en alturas. 3/ Autocuidado en actividad. 4 / Uso de elementos de seguridad acordes y verificar estado de elementos.5./ Realizar entrenamiento y capacitación en trabajo seguro en alturas según resolución 4272 de 2021. 6/ Mantener vacunación de adultos. 7/ No consumo de licor ni ninguna sustancia que altere el sistema nervioso central 8/ Mantener un sueño reparador de 8 horas como mínimo. 9/ Uso de protector solar. 10/ Inspeccionar las herramientas periódicamente antes de utilizarlas registre e informe. 11. / Conocer la técnica adecuada para realizar acceso por cuerdas y asistir a las capacitaciones, entrenamiento y reentrenamiento de trabajo seguro en alturas.

No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 08 de mayo del 2020.

F
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal. / REMISION A EPS?: SI, VALORACION POR NUTRICION Y MEDICINA GENERAL.

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

Médico

Reg. Med. 72173322
UC.SST 3508 19/07/22

Firma
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM: SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Libardo Ricaurte Ramirez
CC N° 14320293

Huella

Powered by CamScanner

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL DE INGRESO
PARA TRABAJO EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS
(ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
TEST DE BOHOBER Y KENDALL

Registro/Orden: 000/178
Paciente: JUAN CAMILO MENDEZ LOZADA
Empresa: STARR ALUMINIOS ASOCIADOS SAS 901299838-7

Fecha: 29/03/2023 SEXO: M
Identificación: 1.006.878.412 Edad:23 años
Cargo: INSTALADOR
EPS COMPENSAR

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados*
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgos a los cuales estará expuesto En el cargo a desempeñar.

RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES REALIZADOS	RESULTADOS
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SI APLICA
3. OPTOMETRIA (25-30)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. CUADRO HEMATICO	SIN ALTERACIONES
5. GLICEMIA	SI APLICA
6. PERFIL LIPIDICO	SI APLICA
7. PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
8. EXAMEN OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 72 KG ESTATURA: 1.70 CMS
11. ELECTROCARDIOGRAMA	NO APLICA

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

		SI	NO
1	Apto para trabajos en alturas	X	
2	Apto con restricciones:		
3	Restringido		
4	Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR ( ) PSICOSOCIAL ( ) NINGUNO ( )

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU LABOR, SEGÚN RESULTADOS DE CUESTIONARIO, VALORIZACION MEDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCION N° 3673 de 2008

SI (X) NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
Utilizar los elementos de protección personal – Remisión por nutrición IPS – SobrePeso Usar Protección Visual durante la jornada laboral
Seguir las recomendaciones estrictamente de medicina ocupacional.

Edgardo Mercado Pretton
Dr. Edgardo Mercado Pretton
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 906-2021

HUELLA IN
DERECH

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL :

FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.:

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT. 830.136.321-5
LIC SST Res 14910 de 28-11-2018 de 0 SMV

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 17-ene.-2023 **HORA** 12:35:20
EMPRESA Vidrieria Mar De Cristal Nit. 901.365.771-5
TIPO DE EXAMEN: *INGRESO*
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Edinson Eduardo Camacho Bustos
Edad 25 años 11 meses 16 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1105791400
Cargo INSTALADOR

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: *Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación*
Uso de protección auditiva

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE .
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1. / Uso de EPP acordes a alturas. 2. / Mantener un peso adecuado corporal para trabajo en alturas. 3/ Autocuidado en actividad. 4 / Uso de elementos de seguridad acordes y verificar estado de elementos.5./ Realizar entrenamiento y capacitación en trabajo seguro en alturas según resolución 4272 de 2021. 6/ Mantener vacunación de adultos. 7/ No consumo de licor ni ninguna sustancia que altere el sistema nervioso central 8/ Mantener un sueño reparador de 8 horas como mínimo. 9/ Uso de protector solar. 10/ Inspeccionar las herramientas periódicamente antes de utilizarlas registre e informe. 11. / Conocer la técnica adecuada para realizar acceso por cuerdas y asistir a las capacitaciones, entrenamiento y reentrenamiento de trabajo seguro en alturas.

No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 08 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal. / REMISION A EPS?: SI, VALORACION POR NUTRICION Y MEDICINA GENERAL.

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

Médico

Reg. Med. 72173322
LIC SST 3508 19/07/22

Firma
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Edinson Eduardo Camacho Bustos
CC N° 1105791400

Huella

Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000409518

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 10/04/2023 14:13:24

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOSE DANIEL JARAMILLO BRIÑEZ **C.C** 1033804921

EDAD 25 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
HIGIENE POSTURAL
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Daniel Jaramillo

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000409326

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 05/04/2023 12:24:56

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: HILDEBRANDO AMADOR CUERVO **C.C** 79856726

EDAD 49 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** MAESTRO DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

ALTURAS / ALTERACION AUDITIVA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA ANUAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS
INGRESAR EN EL SVE MANIPULACION DE MANEJO DE CARGAS / AUDITIVO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ USO DE LOS EPP SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Hildebrando AmadorC

FIRMA DEL PACIENTE



Dra. Karen M. Valeta L.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res.152 C.C. 1.067.874.497

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000405036

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES FECHA 11/03/2023 09:25:23

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CRISTIAN FELIPE BETANCUR ARIAS **C.C** 1000463266

EDAD 19 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000410753

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 14/04/2023 14:31:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EZEQUIEL DARIO MONTOYA GOMEZ **C.C** 1024494637

EDAD 33 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERARIO DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL /
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gomez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

NIT: 830.062.334 – 1

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTA 14 DE ABRIL 2023		EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M S.A.S			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	OMAR FELIPE GUZMAN GOMEZ			IDENTIFICACIÓN	1.020.784.378
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTA(CUNDINAMARCA)	12 DE AGOSTO-1993	29 AÑOS	M	O (POSITIVO)	RESIDENTE DE OBRA

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR : SANO CLINICO
AUDIOMETRIA : NORMAL
VISIOMETRIA : NORMAL
LABORATORIO CLINICO:PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA-CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES SEGÚN NECESIDAD		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PERIODICO		

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.
Resol 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Felipe Guzman

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

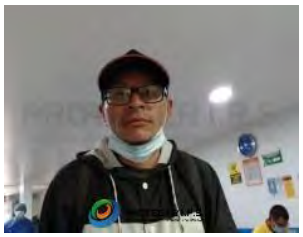
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295235 Fecha Examen: 2023-05-05 Hora: 09:36:38

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DANIEL APELLIDOS: CARMONA CAPERA
IDENTIFICACIÓN: 1108832088 FECHA DE NACIMIENTO: 06 de Enero de 1992 EDAD: 31
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: PROTECCIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Examen Audiológico Complementario 3) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 4) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de corrección optica permanente. 7) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION, 5 CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, 2 USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA EN HORAS LABORALES 3. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES 4 ADECUADA ILUMINACION EN PUESTO DE TRABAJO

VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA DE EPS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, ? CONTROL ANUAL DE AUDIOMETRIA, USO DE PROTECCION AUDITIVA DOBLE, EVITAR EXPOSICION A RUIDOS MAYORES DE 85DB, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

JOHANA MARCELA ACERO ALVARADO
Médico especialista en Salud Ocupacional
Rg No. 1052379239
Licencia No. 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014



Atendido por: ACERO ALVARADO JOHANA MARCELA
Registro Médico: 1052379239
Licencia S.O.: 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014

Paciente: CARMONA CAPERA DANIEL
Identificación: 1108832088

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

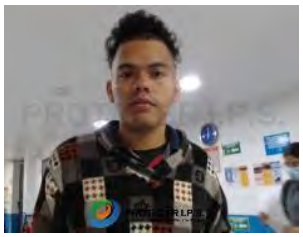
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295070 Fecha Examen: 2023-05-04 Hora: 06:59:26

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JOSE DAVID APELLIDOS: SANTANA HERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN: 1007964327 FECHA DE NACIMIENTO: 24 de Septiembre de 1998 EDAD: 24
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: EPS: CAJACOPI AFP:

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de lentes de descanso 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL REALIZAR LAVADO DE OIDO Y CONTROL MEDICO
DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS. -USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 1,5 METROS. -USO DE EPPA ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO - EN CASO DE EXPOSICION AL SOL, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 4 HORAS USO DE CORRECCION VISUAL VALORACION POR OPTOMETRIA CLINICA PARA PRESCRIPCION DE CORRECCION





Jose David Santana

Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: SANTANA HERNANDEZ JOSE DAVID
Identificación: 1007964327

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295136 Fecha Examen: 2023-05-04 Hora: 11:03:02

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JULIO CESAR APELLIDOS: CONTRERAS GRACIA
IDENTIFICACIÓN: 19447388 FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Mayo de 1961 EDAD: 61
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: EPS: SURA EPS AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Sintomatico

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

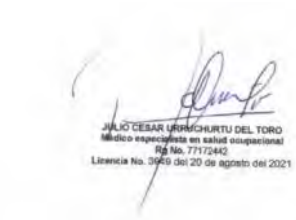
1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de lentes de descanso 7) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.
VALORACIÒN, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.
USO DE PRESCRIPCION OPTICA VISION PROXIMA Y PROLONGADA, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA





Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR
Registro Médico: 3949
Licencia S.O.: 3949

Paciente: CONTRERAS GRACIA JULIO CESAR
Identificación: 19447388

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294273 Fecha Examen: 2023-04-26 Hora: 07:26:42

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CHRISTIAN CAMILO APELLIDOS: BUENAVENTURA PINZON
IDENTIFICACIÓN: 1012326533 FECHA DE NACIMIENTO: 01 de Agosto de 1986 EDAD: 36
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: SURA EPS: CAPITAL SALUD AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

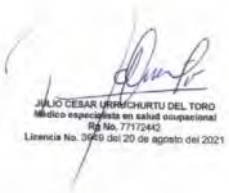
1) Control Auditivo en 1 año 2) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.
. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.





Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR
Registro Médico: 3949
Licencia S.O.: 3949

Paciente: BUENAVENTURA PINZON CHRISTIAN CAMILO
Identificación: 1012326533

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295584 Fecha Examen: 2023-05-09 Hora: 08:12:42

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ANDRES FELIPE APELLIDOS: RESTREPO CAGUA
IDENTIFICACIÓN: 1000213615 FECHA DE NACIMIENTO: 13 de Septiembre de 2001 EDAD: 21
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: PROTECCIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

VALORACION POR OPTOMETRIA DE EPS PARA DEFINIR FORMULA DE CORRECION OPTICA DE DESCANSO, ADECUADA ILUMINACION EN PUESTO DE TRABAJO
1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.





Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: RESTREPO CAGUA ANDRES FELIPE
Identificación: 1000213615

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 292865 Fecha Examen: 2023-04-13 Hora: 07:43:46

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ANDRES FELIPE APELLIDOS: QUINTERO MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN: 1000620154 FECHA DE NACIMIENTO: 07 de Enero de 1998 EDAD: 25
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.





ANDRES QUINTERO

Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR
Registro Médico: 3949
Licencia S.O.: 3949

Paciente: QUINTERO MARTINEZ ANDRES FELIPE
Identificación: 1000620154

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

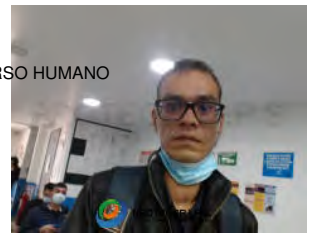
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294583 Fecha Examen: 2023-04-28 Hora: 09:30:23

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ARTHUR ALEJANDRO APELLIDOS: CELY CORREA
IDENTIFICACIÓN: 80130485 FECHA DE NACIMIENTO: 09 de Agosto de 1981 EDAD: 41
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: OFICIAL ELECTRICO
ARL: SURA EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de corrección optica permanente. 7) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION, 5 CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, 2 USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA EN HORAS LABORALES 3. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES 4 ADECUADA ILUMINACION EN PUESTO DE TRABAJO
CONTINUAR CONTROLES CON MEDICINA GENERAL DE SU EPS POR PATOLOGIAS DE BASE Y TOMA DE MEDICAMENTOIS

JOHANA MARCELA ACERO ALVARADO
Médico especialista en Salud Ocupacional
Rg No. 1052379239
Licencia No. 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014



Atendido por: ACERO ALVARADO JOHANA MARCELA
Registro Médico: 1052379239
Licencia S.O.: 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014

Paciente: CELY CORREA ARTHUR ALEJANDRO
Identificación: 80130485

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

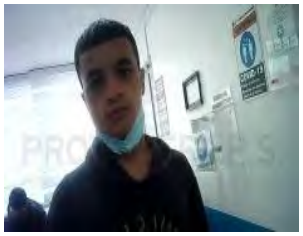
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295082 Fecha Examen: 2023-05-04 Hora: 08:22:34

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: BRYAN DAVID APELLIDOS: CASTAÑEDA DIAZ
IDENTIFICACIÓN: 1026305243 FECHA DE NACIMIENTO: 13 de Abril de 1999 EDAD: 24
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: PORVENIR

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.

JENIFER CATERINE MONTES MONTEALEGRE
Medico esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Rg No.85065/11
Licencia No. 25-0391 DE 2019



Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: CASTAÑEDA DIAZ BRYAN DAVID
Identificación: 1026305243

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294418 Fecha Examen: 2023-04-27 Hora: 07:15:50

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMMET NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CRISPIN ARLEY APELLIDOS: SANCHEZ PEREA
IDENTIFICACIÓN: 11936571 FECHA DE NACIMIENTO: 26 de Octubre de 1973 EDAD: 49
C.C: COMMET
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: PORVENIR

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de lentes de descanso 7) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

VALORACIÒN, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÒN
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.
USO DE PRESCRIPCION OPTICA VISION PROXIMA Y PROLONGADA, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.





Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR
Registro Médico: 3949
Licencia S.O.: 3949

Paciente: SANCHEZ PEREA CRISPIN ARLEY
Identificación: 11936571

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

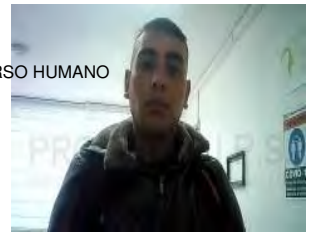
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 292866 Fecha Examen: 2023-04-13 Hora: 07:44:26

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CRISTIAN CAMILO APELLIDOS: CASTILLO ROJAS
IDENTIFICACIÓN: 1023908209 FECHA DE NACIMIENTO: 17 de Mayo de 1991 EDAD: 31
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SEPARADO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Colfondos

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS.
DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS. -USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 1,5 METROS. -USO DE EPPA ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO - EN CASO DE EXPOSICION AL SOL, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 4 HORAS. PAUTAS DE PROTECCION AUDITIVA, CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS







Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: CASTILLO ROJAS CRISTIAN CAMILO
Identificación: 1023908209

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 292895 Fecha Examen: 2023-04-13 Hora: 08:54:10

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CRISTIAN JHOAN APELLIDOS: ACOSTA CELY
IDENTIFICACIÓN: 1031150274 FECHA DE NACIMIENTO: 01 de Diciembre de 1993 EDAD: 29
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Espirometria, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometria Anual

Recomendaciones de Protección Visual

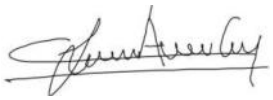
1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.







Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR
Registro Médico: 3949
Licencia S.O.: 3949

Paciente: ACOSTA CELY CRISTIAN JHOAN
Identificación: 1031150274

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294750 Fecha Examen: 2023-04-29 Hora: 09:00:42

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMMET NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DELVIS JOSE APELLIDOS: RODRIGUEZ MORALES
IDENTIFICACIÓN: 1004501366 FECHA DE NACIMIENTO: 02 de Diciembre de 1998 EDAD: 24
C.C: COMMET
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP:

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Pausa activa visual 2) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.







Atendido por: DIAZ MORALES JOHAN ESTEBAN
Registro Médico: 1026276134
Licencia S.O.: 25-0118 DE 2022

Paciente: RODRIGUEZ MORALES DELVIS JOSE
Identificación: 1004501366

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

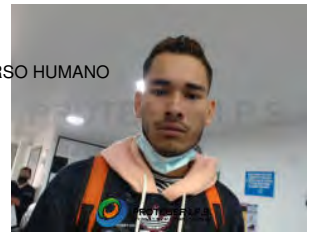
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294574 Fecha Examen: 2023-04-28 Hora: 09:02:18

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: FABIAN ELIAS APELLIDOS: ORTIZ CARO
IDENTIFICACIÓN: 1007643019 FECHA DE NACIMIENTO: 08 de Agosto de 2000 EDAD: 22
C.C: CONAMET
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION, 5 CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.





Fabian

Atendido por: ACERO ALVARADO JOHANA MARCELA
Registro Médico: 1052379239
Licencia S.O.: 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014

Paciente: ORTIZ CARO FABIAN ELIAS
Identificación: 1007643019

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

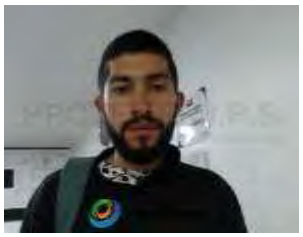
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295456 Fecha Examen: 2023-05-08 Hora: 08:25:01

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: FARITH CAMILO APELLIDOS: VALDERRAMA PLAZA
IDENTIFICACIÓN: 1233506563 FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Mayo de 1999 EDAD: 23
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNOLOGO CARGO: ANALISTA SST
ARL: SURA EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: PROTECCIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Sintomatico

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION 1.VALORACION POR MEDICINA GENERAL DE EPS. 2. VALORACION POR NUTRICIONISTA DE EPS. 3. DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y GRASAS TRANS , EVITAR FRITOS, EVITAR ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, DIETA HIPOGLUCIDA (EVITANDO BEBIDA AZUCARADAS, JUGOS) 4. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR DIARIA

JENIFER CATERINE MONTES MONTEALEGRE
Medica esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Rg No.85065/11
Licencia No. 25-0391 DE 2019



Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: VALDERRAMA PLAZA FARITH CAMILO
Identificación: 1233506563

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

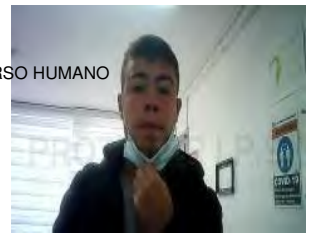
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 292862 Fecha Examen: 2023-04-13 Hora: 08:05:53

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JHON STEVEN APELLIDOS: TORRES CAGUA
IDENTIFICACIÓN: 1023973618 FECHA DE NACIMIENTO: 28 de Diciembre de 1998 EDAD: 24
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de corrección optica permanente. 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS.
USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE
DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS. -USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 1,5 METROS. -USO DE EPPA ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO - EN CASO DE EXPOSICION AL SOL, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 4 HORAS.

NANCY CORTES MENDEZ
Medico Esp. Salud Ocupacional
U. Nacional U. Col Mayor Cund.
C.C. 41.797.270 Res. 78-2017



Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: TORRES CAGUA JHON STEVEN
Identificación: 1023973618

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

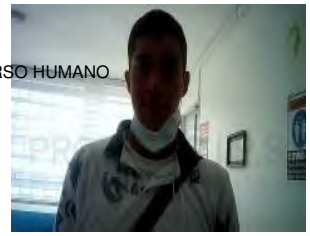
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 292912 Fecha Examen: 2023-04-13 Hora: 10:19:44

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JOHAN NICOLAS APELLIDOS: TENZA MELO
IDENTIFICACIÓN: 1002728091 FECHA DE NACIMIENTO: 30 de Noviembre de 2001 EDAD: 21
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SEGUROS BOLÍVAR EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Restricciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: No
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

INDICACIONES MEDICAS

TRABAJO AL PISO
Temporabilidad (meses): 12

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

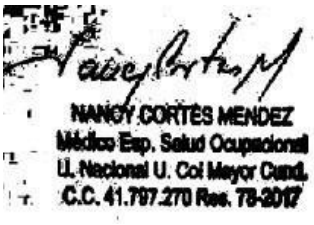
1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de corrección optica permanente. 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES
USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE VALORACION POR OPTOMETRIA CLINICA PARA FORMULACION DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE





Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: TENZA MELO JOHAN NICOLAS
Identificación: 1002728091

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295392 Fecha Examen: 2023-05-06 Hora: 08:53:11

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JORGE LUIS APELLIDOS: RODRIGUEZ OLIVERA
IDENTIFICACIÓN: 73550649 FECHA DE NACIMIENTO: 18 de Diciembre de 1972 EDAD: 50
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: SURA EPS: NUEVA EPS AFP: PORVENIR

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.
VALORACION POR OPTOMETRIA DE EPS PARA DEFINIR FORMULA DE CORRECION OPTICA, ADECUADA ILUMINACION EN PUESTO DE TRABAJO
CONTROL ANUAL DE AUDIOMETRIA, USO DE PROTECCION AUDITIVA SEGUN EXPOSICION, EVITAR EXPOSICION MAYOR DE 85DB, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL
1.VALORACION POR MEDICINA GENERAL DE EPS. 2. VALORACION POR NUTRICIONISTA DE EPS. 3. BAJAR DE PESO. 4.DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y GRASAS TRANS , EVITAR FRITOS, EVITAR ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, DIETA HIPOGLUCIDA (EVITANDO BEBIDA AZUCARADAS, JUGOS) 5. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR DIARIA

JENIFER CATERINE MONTES MONTEALEGRE
Medico esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Rg No.85065/11
Licencia No. 25-0391 DE 2019



Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: RODRIGUEZ OLIVERA JORGE LUIS
Identificación: 73550649

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

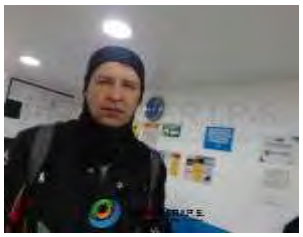
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295389 Fecha Examen: 2023-05-06 Hora: 09:00:35

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JOSE RAUL APELLIDOS: HERNANDEZ ROMERO
IDENTIFICACIÓN: 79547116 FECHA DE NACIMIENTO: 03 de Mayo de 1971 EDAD: 52
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: COLPENSIONES

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION, 5 CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, 2 USO DE CORRECION OPTICA PARA ACTIVIDADES EN VISION PROXIMA
CONTINUAR CONTROLES CON MEDICINA GENERAL DE SU EPS POR PATOLOGIA DE BASE Y TOMA DE MEDICIAMENTO
CONTROL ANUAL DE AUDIOMETRIA, USO DE PROTECCION AUDITIVA DOBLE SEGUN EXPOSICION,, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

JOHANA MARCELA ACERO ALVARADO
Médico especialista en Salud Ocupacional
Rg No. 1052379239
Licencia No. 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014



Atendido por: ACERO ALVARADO JOHANA MARCELA
Registro Médico: 1052379239
Licencia S.O.: 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014

Paciente: HERNANDEZ ROMERO JOSE RAUL
Identificación: 79547116

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295556 Fecha Examen: 2023-05-09 Hora: 07:09:55

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LEONARDO APELLIDOS: GODOY PALENCIA
IDENTIFICACIÓN: 1007596305 FECHA DE NACIMIENTO: 06 de Marzo de 1997 EDAD: 26
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: PORVENIR

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS
DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS. -USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 1,5 METROS. -USO DE EPPA ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO - EN CASO DE EXPOSICION AL SOL, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 4 HORAS CONTROL MEDICO Y NUTRICIONAL EN SU EPS

NANCY CORTES MENDEZ
Médico Esp. Salud Ocupacional
U. Nacional U. Col Mayor Cund.
C.C. 41.797.270 Res. 78-2017



Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: GODOY PALENCIA LEONARDO
Identificación: 1007596305

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294164 Fecha Examen: 2023-04-25 Hora: 08:17:28

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LUIS CARLOS APELLIDOS: GOMEZ PACHECO
IDENTIFICACIÓN: 1043585737 FECHA DE NACIMIENTO: 30 de Agosto de 1998 EDAD: 24
C.C: COMET
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES EPS: NUEVA EPS AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.





Atendido por: DIAZ MORALES JOHAN ESTEBAN
Registro Médico: 1026276134
Licencia S.O.: 25-0118 DE 2022

Paciente: GOMEZ PACHECO LUIS CARLOS
Identificación: 1043585737

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294161 Fecha Examen: 2023-04-25 Hora: 08:04:39

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMMET NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: MARCELINO APELLIDOS: RINCON LUCERO
IDENTIFICACIÓN: 1085176064 FECHA DE NACIMIENTO: 04 de Julio de 1992 EDAD: 30
C.C: COMMET
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: POSITIVA EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.





Marcelino Rincon L.

Atendido por: DIAZ MORALES JOHAN ESTEBAN
Registro Médico: 1026276134
Licencia S.O.: 25-0118 DE 2022

Paciente: RINCON LUCERO MARCELINO
Identificación: 1085176064

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 294735 Fecha Examen: 2023-04-29 Hora: 08:06:07

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: VIVIAN ROCIO APELLIDOS: CASTRO CASTRO
IDENTIFICACIÓN: 1022330907 FECHA DE NACIMIENTO: 20 de Abril de 1987 EDAD: 36
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: ESPECIALIZADO CARGO: RESIDENTE DE OBRA
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

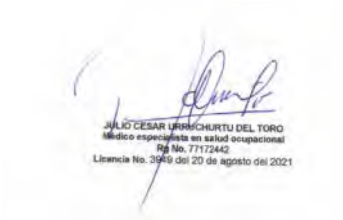
1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año 2) Pausa activa visual 3) Uso de corrección optica permanente.

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

VALORACIÒN, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÒN
-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN/BAJAR DE PESO/USO DE EPP
USO DE LENTES PERMANENTES- CONTROL ANUAL- PAUSAS ACTIVAS VISUALES







Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR
Registro Médico: 3949
Licencia S.O.: 3949

Paciente: CASTRO CASTRO VIVIAN ROCIO
Identificación: 1022330907

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295273 Fecha Examen: 2023-05-05 Hora: 10:58:53

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: BOGOTA, D.C.
ENT. MISIÓN: COMET GROUP SAS NIT: 900923666 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: WILMAR ANDRES APELLIDOS: MORENO RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN: 79733635 FECHA DE NACIMIENTO: 16 de Diciembre de 1980 EDAD: 42
C.C: : COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: OFICIAL ELECTRICO
ARL: SURA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: PORVENIR

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Visiometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de corrección optica permanente. 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.
USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE







Atendido por: DIAZ MORALES JOHAN ESTEBAN
Registro Médico: 1026276134
Licencia S.O.: 25-0118 DE 2022

Paciente: MORENO RODRIGUEZ WILMAR ANDRES
Identificación: 79733635

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

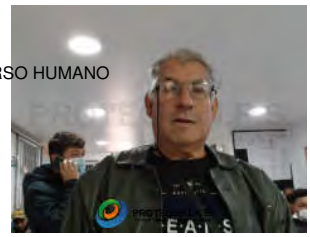
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 292758 Fecha Examen: 2023-04-12 Hora: 09:13:31

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: GERARDO APELLIDOS: LIZARAZO ORDOÑEZ
IDENTIFICACIÓN: 17495081 FECHA DE NACIMIENTO: 26 de Abril de 1959 EDAD: 63
C.C: GLOBAL GROUP COL SAS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: MAESTRO CONSTRUCCIÓN
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Colfondos

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: Si

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Control de exposición a ruido en la fuente 3) Control por Otorrinolaringología 4) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 5) Reposo auditivo extralaboral 6) Uso de Protección Auditiva

Recomendaciones de Protección Visual

1) Actualizar formula 2) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 3) Control Optometria en 1 año 4) Corrección Óptica con anteojos 5) Educación en higiene visual 6) Pausa activa visual 7) Uso de corrección optica permanente. 8) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES , CONTROL MEDICO EN SU EPS POR MEDICINA FAMILIAR NUTRICION Y OTORRINOLARINGOLOGIA, CONTINUAR MEDICACION INSTAURADA
CAPACITACIO EN HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS , USO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES

NANCY CORTES MENDEZ
Médico Esp. Salud Ocupacional
U. Nacional U. Col Mayor Cund.
C.C. 41.797.270 Res. 78-2017



GERARDO LIZARAZO.O

Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: LIZARAZO ORDOÑEZ GERARDO
Identificación: 17495081

PREVSALUD IPS SAS

TELEFONO:3114805931

prevsaludips@gmail.com www.prevsaludips.com

BOGOTA D.C

SCAN ME

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	3180
21	11	2022	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

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

MAXIMILIANO TOBAR CHACUA NIT 6091635

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

WILFRIDO JOSE CABALLERO CERVANTES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42	CC	9875986
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Peso	2274
OFICIAL	65 KG	1.72

PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO Y ALTURAS** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO NI ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOCINSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSASACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, 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: Juan Camilo Romero
R. M.: N 75.424.952 **L.S.O.:** SO 12436

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaria De S...

Aspirante o Trabajador
Firma: _____
CC: _____

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS SAS

NIT. 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 14-abr.-2023 **HORA** 09:38:48
EMPRESA CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Robilson Espinosa
Edad 48 años 7 meses 19 dias
Documento de Identificación: CC Número: 79734522
Cargo OFICIOS VARIOS



Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral. 3/Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 4/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo. 5/ Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 6/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 7/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal.
REMISION A EPS?: NO.

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

Médico

Firma Reg.Med.72173322 / SST 3508 de 19-07-22
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma Robilson Hoyos Espinosa
Nombre: Robilson Espinosa
CC N° 79734522

Huella

PREVSALUD IPS SAS

TELEFONO:3114805931

prevsaludips@gmail.com www.prevsaludips.com

BOGOTA D.C

SCAN ME

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	5748
12	4	2023	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

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

CONSTRUCCIONES GUERRERO NIT 901373086

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31	CC	1082215346
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Peso	ESTATURA
MAESTRO DE OBRA	68 KG	1.70

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOCINSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSASACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, 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: Juan Camilo Romero
R. M.: N 75.424.952 **L.S.O.:** SO 12436

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaría De Salud

Aspirante o Trabajador
Firma: _____
CC: _____

PREVSALUD IPS SAS

TELEFONO:3114805931

prevsaludips@gmail.com www.prevsaludips.com

BOGOTA D.C

SCAN ME

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	5747
12	4	2023	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

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

CONSTRUCCIONES GUERRERO NIT 901373086

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

YSAIM MILLAN BLANCO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	57	CC	5414951
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Peso	ESTATURA
MAESTRO DE OBRA	75 KG	1.69

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOCINSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSASACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, 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: Juan Camilo Romero
R. M.: N 75.424.952 **L.S.O.:** SO 12436

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaría De Salud

Aspirante o Trabajador
Firma: _____
CC: _____

PREVSALUD IPS SAS

TELEFONO:3114805931

prevsaludips@gmail.com www.prevsaludips.com

BOGOTA D.C

SCAN ME

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	5956
17	4	2023	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

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

CONSTRUCCIONES GUERRERO

NOMBRE DE LA EMPRESA

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	
ORTIZ LORA EDINSON DE JESUS	MASCULINO	53	CC	77032256
			Tipo	Número

Cargo	Peso	ESTATURA
MAESTRO DE OBRA	70 KG	1.70

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOCINSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSASACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, 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: Juan Camilo Romero
R. M.: N 75.424.952 **L.S.O.:** SO 12436

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaría De Salud

Aspirante o Trabajador
Firma: _____
CC: _____

PREVSALUD IPS SAS

TELEFONO:3114805931

prevsaludips@gmail.com www.prevsaludips.com

BOGOTA D.C

SCAN ME

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	5835
14	4	2023	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

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

CONSTRUCCIONES GUERRERO

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

PALMERA TERNERA JADER RAFAEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28	CC	1065809781
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Peso	ESTATURA
MAESTRO DE OBRA	74 KG	1.70

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOCINSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSASACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, 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: Juan Camilo Romero
R. M.: N 75.424.952 **L.S.O.:** SO 12436

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaría De Salud

Aspirante o Trabajador
Firma: _____
CC: _____

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2019 de B/ga

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 14-abr.-2023 **HORA** 09:38:06
EMPRESA CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Harold Yessid Lopez Mayorga
Edad 24 años 10 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1072198326
Cargo OFICIAL



Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral. 3/Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 4/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo. 5/ Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 6/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 7/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal.
REMISION A EPS ?: NO.

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

Médico

Firma Reg.Med.72173322 / SST 3508 de 19-07-22
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma HAROL LOPEZ
Nombre: Harold Yessid Lopez Mayorga
CC N° 1072198326

Huella

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.765

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

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	
PINZON CORTES JUAN CARLOS	MASCULINO	37 AÑOS 4 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1101752159 (Número)

Cargo
RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ANEXO NEUROLOGICO
APTO	ANEXO OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRÍA	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
GAFAS DE SEGURIDAD FORMULADAS	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : CONTINUAR CONTROLES		CONTROL DE PESO
PLAQUETARIOS ESPECIALISTA : CONTROL POR OFTALMOLOGIA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

R. M.: 53164665 **L.S.O.:** 15078

Código de Seguridad

F860L1R6765

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PINZON CORTES JUAN CARLOS

CC: 1101752159

ANEXO SST-19. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

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	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS	CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	02/05/2023	67417028	$11.160.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	416.000	0		0		0	0	0	0	416.000	7
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	397.600	0		0		0	0	0	0	397.600	7
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	163.200	0		0		0	0	0	0	163.200	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.300	0		0		0	0	0	0	57.300	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	249.400	0		0		0	0	0	0	249.400	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	106.400	0		0		0	0	0	0	106.400	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.390.600	0	0	0	0	0	0		1.390.600	7
230301	Porvenir	800224808-8	3.377.800	0	0	0	0	0	0		3.377.800	17
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	812.800	0	0	0	0	0	0		812.800	4

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	2.509.800				2.509.800	0	0	2.509.800			25.098	2.509.800	29

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.441.900	0	0	1.441.900	29

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS	CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	02/05/2023	67417028	$11.160.400	

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	7	1.441.900	1.441.900
Pensión	4	5.766.800	5.766.800
Riesgos Laborales	1	2.509.800	2.509.800
CCF	1	1.441.900	1.441.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	11.160.400	11.160.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS		CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	02/05/2023	67417028	$11.160.400	

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	Economiado	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	1000125763	URREGO PINZON KAREN YIRETD	1	0			S		X															230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	1000134650	OSPINA SALAMANCA SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS002	1.400.000	56.000	14-4	1.400.000	5	97.500	CCF22	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
3	CC	1003912840	GALVIS MARTINEZ KARONLAY	1	0			S																	25-14	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	56.000	14-4	1.400.000	5	97.500	CCF22	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
4	CC	1007399697	VERA RAMIREZ DANIEL ORLEY	1	0			S	X																230201	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS010	270.667	10.900	14-4	270.667	5	18.900	CCF22	270.667	10.900	0	0	0	0	0
5	CC	1010222539	OSPINA BONILLA CRISTIAN ALBERTO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1012316416	URREGO PINZON DUVAN GABRIEL	1	0			S		X															230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS008	618.667	24.800	14-4	618.667	5	43.100	CCF22	618.667	24.800	0	0	0	0	0
7	CC	1012316417	URREGO PINZON MAICOL YESID	1	0			S		X															230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS008	618.667	24.800	14-4	618.667	5	43.100	CCF22	618.667	24.800	0	0	0	0	0
8	CC	1012327491	MORENO SALAMANCA SANTIAGO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
9	CC	1012334118	OBANDO HERRERA AYDA PATRICIA	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
10	CC	1012341789	HERRERA OBANDO LILIBETH ASTRID	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
11	CC	1012391954	VARGAS ESPINOSA JONATHAN HARVEY	1	0			S		X															230301	700.000	112.000	0	0	0	0	EPS008	700.000	28.000	14-4	700.000	5	48.800	CCF22	700.000	28.000	0	0	0	0	0
12	CC	1015400407	PLAZAS GUZMAN CAMILO ANDRES	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
13	CC	1019133033	CELIS RISCANEVO ANDRES FELIPE	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
14	CC	1019152865	DORADO DIAZ ANDRES DAVID	1	0			S																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS002	1.200.000	48.000	14-4	1.200.000	5	83.600	CCF22	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
15	CC	1024536049	NOVOA ALBARRACIN LUIS MIGUEL	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSC34	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
16	CC	1032483608	SANTANA MURILLO MAIRA ALEJANDRA	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
17	CC	1061715000	ALVAREZ PALACIOS ANDRES YOVANI	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
18	CC	1072921167	VELASQUEZ RINCON YEIMY PAOLA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
19	CE	24543993	OCHOA ECHEVERRIA CARLOS EDUARDO	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
20	CC	39673570	CASTAÑEDA CANASTERO LUZ MARINA	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
21	CC	52733068	VELEZ ROJAS ANDREA JANNETH	1	0			S		X															230301	773.334	123.800	0	0	0	0	EPS017	773.334	31.000	14-4	773.334	5	53.900	CCF22	773.334	31.000	0	0	0	0	0
22	CC	79443369	BELTRAN GARZON JOSE EDEN	1	0			S	X																25-14	980.000	156.800	0	0	0	0	EPS008	980.000	39.200	14-4	980.000	5	68.300	CCF22	980.000	39.200	0	0	0	0	0
23	CC	79714217	GARCIA REYES DANILO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
24	CC	79994066	OSPINA HERNANDEZ LUIS GABRIEL	1	0			S																	230301	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS002	1.400.000	56.000	14-4	1.400.000	5	97.500	CCF22	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
25	CC	80138312	OSPINA HERNANDEZ ERNESTO JAVIER	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
26	CC	80426110	MALAVER VALBUENA LUIS MOISES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
27	CC	80759613	QUINTERO SIERRA GERSON EDGARDO	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
28	CC	80810432	ZEA QUINTERO DANY WELMAR	1	0			S	X																230301	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS005	2.100.000	84.000	14-4	2.100.000	5	146.200	CCF22	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
29	CC	93206067	OSPINA BONILLA GUSTAVO ADOLFO	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79209739	0	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4330	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 80 D BIS 43 60	2667429	SEGURIDADSOCIALCJGM@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-04	2023-05	26378565	E	2023-05-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	5.163.600	0	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
20 de 20	26378565	2023-05-10	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																																
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	FECHA VSP	VTE	VST	SLN	FECHA INICIO SLN	FECHA FIN SLN	IGE	FECHA INICIO IGE	FECHA FIN IGE	LMA	FECHA INICIO LMA	FECHA FIN LMA	VAC	FECHA INICIO VAC	FECHA FIN VAC	AVP	VCT	FECHA INICIO VCT	FECHA FIN VCT	IRL	FECHA INICIO IRL	FECHA FIN IRL	EPST	AFPT
1	CC 79682771	ANGULO ORELLANO ADEMIR	1.160.000	F																													0				
2	CC 1018414558	BURGOS SANTOS ARGELIO	1.160.000	F			X	2023/04/04																									0				
3	CC 80731155	GONZALEZ ARIZA CARLOS ALBERTO	1.160.000	F			X	2023/04/04																									0				
4	CC 1083022967	GUTIERREZ GUEPE CARLOS STIVEN	1.160.000	F																													0				
5	CC 1012356138	BUITRAGO ORTEGA CRISTIAN CAMILO	1.160.000	F																													0				
6	CC 1000992222	NEMOCON CHAVEZ DYLAN FERNANDO	1.160.000	F																													0				
7	CC 1006855890	OSORIO VILLALOBO GERLEN	1.160.000	F			X	2023/04/04																									0				
8	CC 73547897	NOVOA FIGUEROA GUILLERMO SEGUNDO	1.160.000	F																													0				
9	CC 1072198326	LOPEZ MAYORGA HAROLD YESSID	1.160.000	F	X	2023/04/14																											0				
10	CC 79555362	PARRA PEREZ JESUS	1.160.000	F																													0				
11	CC 1118839841	PEREZ NAVARRO JESUS MIGUEL	1.160.000	F			X	2023/04/04	X																								0				
12	CC 1010223326	FORERO DIAZ JOSE JOHANN	1.160.000	F																													0				
13	CC 348412	RAMIREZ BARBOSA JOSE MANUEL	1.160.000	F																													0				
14	CC 14228112	OYOLA JUSTO	1.160.000	F																													0				
15	CC 79508346	CARVAJAL OYOLA LUIS EDUARDO	1.160.000	F																													0				
16	CC 18599633	CARDONA CARDONA ORLEY DE JESUS	1.160.000	F																													0				
17	CC 5874199	ROMERO PULIDO ROBERTO	1.160.000	F																													0				
18	CC 79734522	ESPINOSA ROBILSON HINYS	1.160.000	F	X	2023/04/14																											0				
19	CC 1082899349	LOPEZ CABRERA SANTIAGO ENRIQUE	1.160.000	F			X	2023/04/06																									0				

	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
2	4	4	4	4	COLFONDOS-231001	154.667	24.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	154.667	19.400	COMPENSAR-CCF24	154.667	6.200	154.667	10.800	0,06960	154.667	3.100	4.700	0	0	01	0	69.000	N	5433001
3	4	4	4	4	PROTECCION-230201	154.667	24.800	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	154.667	6.200	COMPENSAR-CCF24	154.667	6.200	154.667	10.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	48.000	S	5433001
4	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
5	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
6	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
7	4	4	4	4	PORVENIR-230301	154.667	24.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	154.667	6.200	COMPENSAR-CCF24	154.667	6.200	154.667	10.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	48.000	S	5433001
8	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
9	17	17	17	17	PORVENIR-230301	657.334	105.200	0	0	FAMISANAR-EPS017	657.334	26.300	COMPENSAR-CCF24	657.334	26.300	657.334	45.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	203.600	S	5433001
10	30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
11	4	4	4	4	PORVENIR-230301	154.667	24.800	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	154.667	6.200	COMPENSAR-CCF24	154.667	6.200	154.667	10.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	48.000	S	5433001
12	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
13	0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	5	173.600	S	5433001
14	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
15	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
16	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
17	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
18	17	17	17	17	PROTECCION-230201	657.334	105.200	0	0	EPS SURA-EPS010	657.334	26.300	COMPENSAR-CCF24	657.334	26.300	657.334	45.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	203.600	S	5433001
19	3	3	3	3	PORVENIR-230301	116.000	18.600	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	116.000	4.700	COMPENSAR-CCF24	116.000	4.700	116.000	8.100	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	36.100	S	5433001

EMPLEADO					NOVEDADES																																
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	FECHA VSP	VTE	VST	SLN	FECHA INICIO SLN	FECHA FIN SLN	IGE	FECHA INICIO IGE	FECHA FIN IGE	LMA	FECHA INICIO LMA	FECHA FIN LMA	VAC	FECHA INICIO VAC	FECHA FIN VAC	AVP	VCT	FECHA INICIO VCT	FECHA FIN VCT	IRL	FECHA INICIO IRL	FECHA FIN IRL	EPST	AFPT
20	CC 1082899349	LOPEZ CABRERA SANTIAGO ENRIQUE	1.160.000	F																X	2023/04/03	2023/04/05											0				
21	CC 80807876	USGAME OÑATE YAIR ANDRES	1.160.000	F																													0				

	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
20	3	3	3	3	PORVENIR-230301	116.001	18.600	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	116.001	4.700	COMPENSAR-CCF24	0	0	116.001	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	23.300	S	5433001
21	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79209739	0	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4330	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 80 D BIS 43 60		2667429			SEGURIDADSOCIALCJGM@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-04	2023-05	26378565	E	2023-05-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	5.163.600	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
20 de 20	26378565		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
16.085.337	17.245.337	17.245.337	17.129.336	154.667

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				19	2.574.000	0	0	0	2.574.000
PROTECCION	230201	800229739	0	5	686.800	0	0	0	686.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	556.800	0	0	0	556.800
COLFONDOS	231001	800227940	6	2	210.400	0	0	0	210.400
PORVENIR	230301	800224808	8	9	1.120.000	0	0	0	1.120.000
EPS(Administradoras: 7)				20	703.200	0	0	0	703.200
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	26.300	0	0	0	26.300
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	4	105.200	0	0	0	105.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	2	92.800	0	0	0	92.800
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	2	92.800	0	0	0	92.800
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	7	304.700	0	0	0	304.700
EPS-S MUTUAL - MOV	ESSC07	806008394	7	1	9.400	0	0	0	9.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	3	72.000	0	0	0	72.000
ARP(Administradoras: 1)				20	1.193.300	0	0	0	1.193.300
ARL SURA	14-11	890903790	5	20	1.193.300	0	0	0	1.193.300
CCF(Administradoras: 1)				20	685.300	0	0	0	685.300
Gran Total					4.470.500	0	0	0	4.470.500

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	20	685.300	0	0	0	685.300
SENA(Administradoras: 1)				1	3.100	0	0	0	3.100
SENA	PASENA	899999034	1	1	3.100	0	0	0	3.100
ICBF(Administradoras: 1)				1	4.700	0	0	0	4.700
ICBF	PAICBF	899999239	2	1	4.700	0	0	0	4.700
Gran Total					5.163.600	0	0	0	5.163.600

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901550783	6	CONSORCIO INFRA FG-PA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 104 # 14 A 45 OFICINA 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2036589505	9449838857	E	2023/04/24	2023/04/21	BANCOLOMBIA		$6,995,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas laboradas	Extranjero	Resid. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin Ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
1	CC	1015453898	ANGARITA RIVERA JUAN DIEGO	Dependiente	144	No	No		X	2023/03/13																								
2	CC	1101757420	BARON GUARNIZO IVONNE LORENA	Dependiente	240	No	No																											
3	CC	1014247831	CUETO GONZALEZ ALEJANDRA	Dependiente	240	No	No																											
4	CC	1022992444	DIAZ VELOZA ANGIE MARISOL	Dependiente	240	No	No																											
5	CC	1067920717	GOMEZ MAUSSA ARNALDO JOSE	Dependiente	8	No	No														X	2023/03/01	2023/03/01											
6	CC	1067920717	GOMEZ MAUSSA ARNALDO JOSE	Dependiente	232	No	No													X														
7	CC	1072715517	MARICHALES ALVAREZ RICARDO JOSE	Dependiente	240	No	No																											
8	CC	1026289544	MENDOZA SANTANA KATERIN ROXET PAOLA	Dependiente	240	No	No																											
9	CC	79755317	OSSA ORJUELA MILTON JAVIER	Dependiente	240	No	No		X	2023/03/01																								
10	CC	51969600	YAZO PATARROYO JAZMIN CORAZON	Dependiente	16	No	No		X	2023/03/29										X														

Total **Afiliados(9)**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$3,649,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$810,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$1,488,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$416,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$935,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,556,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	9	$1,556,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$894,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	9	$894,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$894,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$198,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$104,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$60,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$72,000

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						$2,500,000	No	Fijo	PORVENIR	18	$1,500,000	16%	SIN RIESGO	$240,000	$0	$0	$0	$0	$0	$240,000		FAMISANAR	18	$1,500,000	4%	$60,000	
						$1,800,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,800,000	16%	SIN RIESGO	$288,000	$0	$0	$0	$0	$0	$288,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,800,000	4%	$72,000	
						$3,000,000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		COMPENSAR	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$2,600,000	No	Fijo	PROTECCION	30	$2,600,000	16%	SIN RIESGO	$416,000	$0	$0	$0	$0	$0	$416,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,600,000	4%	$104,000	
						$1,500,000	No	Fijo	COLFONDOS	1	$100,000	16%	SIN RIESGO	$16,000	$0	$0	$0	$0	$0	$16,000		COMPENSAR	1	$100,000	0%	$0	
						$1,500,000	No	Fijo	COLFONDOS	29	$1,500,000	16%	SIN RIESGO	$240,000	$0	$0	$0	$0	$0	$240,000		COMPENSAR	29	$1,500,000	4%	$60,000	
						$3,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		SANITAS	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$3,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		SANITAS	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$5,500,000	No	Fijo	SKANDIA	30	$5,500,000	16%	SIN RIESGO	$880,000	$0	$0	$27,500	$27,500	$0	$935,000		SANITAS	30	$5,500,000	4%	$220,000	
						$7,000,000	No	Fijo	COLFONDOS	2	$466,667	16%	SIN RIESGO	$74,700	$0	$0	$0	$0	$0	$74,700		COMPENSAR	2	$466,667	4%	$18,700	
																				$3,649,700						$894,700	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$0	$60,000		CAFAM	18	$1,500,000	4%	$60,000	SEGUROS BOLIVAR	18	$1,500,000	6.96%	5	$104,400	18	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$72,000		CAFAM	30	$1,800,000	4%	$72,000	SEGUROS BOLIVAR	30	$1,800,000	6.96%	5	$125,300	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$120,000		CAFAM	30	$3,000,000	4%	$120,000	SEGUROS BOLIVAR	30	$3,000,000	6.96%	5	$208,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$104,000		CAFAM	30	$2,600,000	4%	$104,000	SEGUROS BOLIVAR	30	$2,600,000	6.96%	5	$181,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$0		CAFAM	1	$100,000	0%	$0	SEGUROS BOLIVAR	1	$100,000	0%	5	$0	1	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$60,000		CAFAM	29	$1,500,000	4%	$60,000	SEGUROS BOLIVAR	29	$1,500,000	6.96%	5	$104,400	29	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$120,000		CAFAM	30	$3,000,000	4%	$120,000	SEGUROS BOLIVAR	30	$3,000,000	6.96%	5	$208,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$120,000		CAFAM	30	$3,000,000	4%	$120,000	SEGUROS BOLIVAR	30	$3,000,000	6.96%	5	$208,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$220,000		CAFAM	30	$5,500,000	4%	$220,000	SEGUROS BOLIVAR	30	$5,500,000	6.96%	5	$382,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$18,700		CAFAM	2	$466,667	4%	$18,700	SEGUROS BOLIVAR	2	$466,667	6.96%	5	$32,500	2	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$894,700						$894,700						$1,556,800				$0		$0		$0		$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$460,000
TOTAL				9	$6,995,900

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79209739		GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 6-64	SOACHA-CUNDINAMARCA	6896525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2072802756	9449964098	I	2023/05/10	2023/05/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,800	$0	$0	$80,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$80,800	$0	$0	$80,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$434,600	$0	$0	$434,600

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-14, 01:09:39 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 62734906

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

PAGADO 14/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JADER RAFAEL PALMERA		
Documento	CC1065809781	**Dirección**	TV 68B NORTE #69 - 30
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4534534534
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1065809781	JADER RAFAEL PALMERA TERNERA	57	05																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 1.160.000	$ 145.000	6.96	$ 1.160.000	$ 80.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400	$ 0	$ 411.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2030485027	9449620054	E	2023/04/18	2023/04/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,538,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	74320384	AMAYA CARVAJAL LUIS FERNANDO	X																	230301	18	$1,200,000	$192,000	EPS017	18	$1,200,000	$48,000	CCF24	18	$1,200,000	$48,000	14-11	18	$1,200,000	$83,600	18	$0	$0	Si	$371,600
2	CC	1086819836	ARROYO CAPACHERO CESAR DAVID	X																	230201	13	$520,000	$83,200	EPS017	13	$520,000	$20,800	CCF24	13	$520,000	$20,800	14-11	13	$520,000	$36,200	13	$0	$0	Si	$161,000
3	CC	9993089	BETANCUR GUEVARA GABRIEL ANGEL	X																	25-14	18	$720,000	$115,200	EPS017	18	$720,000	$28,800	CCF24	18	$720,000	$28,800	14-11	18	$720,000	$50,200	18	$0	$0	Si	$223,000
4	CC	80818748	CRUZ LANCHEROS DANIEL LEONARDO	X																	230201	1	$40,000	$6,400	EPSC34	1	$40,000	$1,600	CCF24	1	$40,000	$1,600	14-11	1	$40,000	$2,800	1	$0	$0	Si	$12,400
5	CC	1233497064	JIMENEZ PEÑA ANDRES FELIPE	X																	230201	28	$1,540,000	$246,400	EPS017	28	$1,540,000	$61,600	CCF24	28	$1,540,000	$61,600	14-11	28	$1,540,000	$107,200	28	$0	$0	Si	$476,800
6	CC	1019099541	MOTTA PEÑUELA YONATAN YESID	X																	230301	14	$541,334	$86,700	EPS008	14	$541,334	$21,700	CCF24	14	$541,334	$21,700	14-11	14	$541,334	$37,700	14	$0	$0	Si	$167,800
7	CC	19435826	URREA RODRIGUEZ EDGAR ANTONIO	X																		0	$0	$0	EPS017	14	$840,000	$33,600	CCF24	14	$840,000	$33,600	14-11	14	$840,000	$58,500	14	$0	$0	Si	$125,700
Total			**Afiliados(7)**																				$4,561,334	$729,900			$5,401,334	$216,100			$5,401,334	$216,100			$5,401,334	$376,200		$0	$0		$1,538,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2030485027	9449620054	E	2023/04/18	2023/04/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,538,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$729,900	$0	$0	$729,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$115,200	$0	$0	$115,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$278,700	$0	$0	$278,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$336,000	$0	$0	$336,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$376,200	$0	$0	$376,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$376,200	$0	$0	$376,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$216,100	$0	$0	$216,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	7	$216,100	$0	$0	$216,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$216,100	$0	$0	$216,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$1,600	$0	$0	$1,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$21,700	$0	$0	$21,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$192,800	$0	$0	$192,800
TOTAL				7	$1,538,300	$0	$0	$1,538,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 813008120	1	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PA BOGOTA	CALLE 104 NO 14 A 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	33122990	9450671639	E	2023/05/05	2023/05/08	BANCO DE OCCIDENTE		$13,629,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PA BOGOTA (16 Afiliados)																						$44,734,495	$7,227,700			$44,734,495	$1,789,600			$44,734,495	$1,785,000			$44,734,495		$2,778,200		$0	$0		$13,580,500
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (1 Afiliados)																						$113,411	$18,200			$113,411	$4,600			$113,411	$0			$113,411		$0		$0	$0		$22,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$113,411	$18,200			$113,411	$4,600			$113,411	$0			$113,411		$0		$0	$0		$22,800
1	CC	1075225207	CORTES NATALIA											X							230301	2	$113,411	$18,200	EPS005	2	$113,411	$4,600	CCF21	2	$113,411	$0	14-7	2	$113,411	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$22,800
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (2 Afiliados)																						$5,087,750	$814,100			$5,087,750	$203,600			$5,087,750	$203,600			$5,087,750		$26,600		$0	$0		$1,247,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$5,087,750	$814,100			$5,087,750	$203,600			$5,087,750	$203,600			$5,087,750		$26,600		$0	$0		$1,247,900
2	CC	1075225207	CORTES NATALIA																		230301	28	$1,587,750	$254,100	EPS005	28	$1,587,750	$63,600	CCF21	28	$1,587,750	$63,600	14-7	28	$1,587,750	0.522%	$8,300	28	$0	$0	Si	$389,600
3	CC	1051822295	RODRIGUEZ VANESSA																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS010	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	0.522%	$18,300	30	$0	$0	Si	$858,300
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (14 Afiliados)																						$39,533,334	$6,395,400			$39,533,334	$1,581,400			$39,533,334	$1,581,400			$39,533,334		$2,751,600		$0	$0		$12,309,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (14 Afiliados)																						$39,533,334	$6,395,400			$39,533,334	$1,581,400			$39,533,334	$1,581,400			$39,533,334		$2,751,600		$0	$0		$12,309,800
4	CC	1022385179	AYALA BRAYAN																		230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF21	30	$2,800,000	$112,000	14-7	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
5	CC	1023021403	CASTRO DUBAR																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
6	CC	52382758	HORMAZA SANDRA																		230201	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS008	30	$7,000,000	$280,000	CCF21	30	$7,000,000	$280,000	14-7	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	Si	$2,237,200
7	CC	1024522732	JULIO SAID																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
8	CC	1013590546	LOAIZA JERFENSON																		231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
9	CC	79744779	LOPEZ OMAR																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS008	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
10	CC	80116087	MELO CIRO																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
11	CC	12198058	PEDREROS JUAN																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
12	CC	1101752159	PINZON JUAN	X																	25-14	14	$1,633,334	$261,400	EPS037	14	$1,633,334	$65,400	CCF21	14	$1,633,334	$65,400	14-7	14	$1,633,334	6.960%	$113,700	14	$0	$0	Si	$505,900
13	CC	1033792061	PORTILLA VALENTINA																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
14	CC	1026280172	ROZO LIZETH																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
15	CC	79838555	RUBIO CAMILO																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS002	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
16	CC	1022958693	TOCUA FABIAN																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
17	CC	1018510121	TOVAR LUIS																		230301	30	$2,600,000	$416,000	EPS010	30	$2,600,000	$104,000	CCF21	30	$2,600,000	$104,000	14-7	30	$2,600,000	6.960%	$181,000	30	$0	$0	Si	$805,000
Total			**Afiliados(16)**																				$44,734,495	$7,227,700			$44,734,495	$1,789,600			$44,734,495	$1,785,000			$44,734,495		$2,778,200		$0	$0		$13,580,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				16	$7,227,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$400,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,381,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$3,936,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,510,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$2,778,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	16	$2,778,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,785,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	16	$1,785,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				16	$1,789,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$812,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$244,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$160,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$65,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$340,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$168,200
TOTAL				**16**	**$13,580,500**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-14, 01:23:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 62735179

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

PAGADO 14/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PEDRO BAUTISTA		
Documento	CC1082215346	**Dirección**	TV 68B SUR #69 - 30
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5345345
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1082215346	PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO	57	04																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.160.000	$ 145.000	4.350	$ 1.160.000	$ 80.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400	$ 0	$ 411.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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	901653885-1	DYJ SERVICICOS PARA LA CONSTRUCCION	cra 118a # 63g - 05	3202611168	dyjservicioscostruccion@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: 13 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-03	E		66944359	$3.415.154

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	94.000	0		0		0	0	0	0	94.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	135.500	0		0		0	0	0	0	135.500	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	204.400	0		0		0	0	0	0	204.400	6
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	60.400	0		0		0	0	0	0	60.400	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	530.800	0	0	0	0	0	0		530.800	3
230301	Porvenir	800224808-8	871.600	0	0	0	0	0	0		871.600	6
231001	Colfondos	800227940-6	326.200	0	0	0	0	0	0		326.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	247.500	0	0	0	0	0	0		247.500	2

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	860.100				860.100	0	0	450.454	2211222766	409,646	8.601	450.454	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	494.300	0	0	494.300	13

PAGADO 2017501829

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	901653885-1	DYJ SERVICICOS PARA LA CONSTRUCCION		cra 118a # 63g - 05	3202611168	dyjservicioscontruccion@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
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-03	E		66944359	$3.415.154	

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	4	494.300	494.300
Pensión	4	1.976.100	1.976.100
Riesgos Laborales	1	450.454	450.454
CCF	1	494.300	494.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	3.415.154	3.415.154

PAGADO 2017507329

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
NI	901653885-1	DYJ SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION		cra 118a # 63g - 05	3202611168	dyjservicioscostruccion@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-03	E		66944359	$3.415.154	

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	Economía	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	1010246899	GARCIA ORTIZ JUAN PABLO	1	0			S	X																25-14	386.667	61.900	0	0	0	0	EPS008	386.667	15.500	14-11	386.667	5	27.000	CCF22	386.667	15.500	0	0	0	0	0
2	CC	1014204834	ORTIZ SALAMANCA DANIEL FERNANDO	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031152036	RODRIGUEZ GONZALEZ JESSICA MARCELA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
4	CC	1069230045	PARRA RAMIREZ HECTOR JULIO	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS008	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
5	CC	1075629643	VILLALBA GUARNIZO JERSON ALEXANDER	1	0			S		X															230201	657.334	105.200	0	0	0	0	EPS017	657.334	26.300	14-11	657.334	5	45.800	CCF22	657.334	26.300	0	0	0	0	0
6	CC	3125421	PARRA RAMIREZ JOSE DOMINGO	1	0			S		X															230301	864.000	138.300	0	0	0	0	EPS017	864.000	34.600	14-11	864.000	5	60.200	CCF22	864.000	34.600	0	0	0	0	0
7	CC	1024499702	OTALVARO MADRIGAL ABEL ANTONIO	1	0			S	X																230301	348.000	55.700	0	0	0	0	EPS002	348.000	14.000	14-11	348.000	5	24.300	CCF22	348.000	14.000	0	0	0	0	0
8	CC	1102719975	ROJAS ROJAS JONATAN RAFAEL	1	0			S	X																231001	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF22	38.667	1.600	0	0	0	0	0
9	CC	79211765	CAMACHO REYES MAURICIO	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
10	CC	79279184	ORTIZ ALBARRACIN FABIO JAVIER	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
11	CC	79714637	LONDOÑO MORENO ALEJANDRO	1	0			S	X																230301	386.667	61.900	0	0	0	0	EPS017	386.667	15.500	14-11	386.667	5	27.000	CCF22	386.667	15.500	0	0	0	0	0
12	CC	80437757	DUCUARA BEDOYA HECTOR LIBARDO	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS008	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
13	CC	1003655677	LUNA JHON	1	0			S	X																230301	348.000	55.700	0	0	0	0	EPSC34	348.000	14.000	14-11	348.000	5	24.300	CCF22	348.000	14.000	0	0	0	0	0

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

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: lunes, 27 de marzo de 2023 01:18:33 PM

Período del informe: Desde el 01 de marzo de 2023 hasta el 30 de marzo de 2023

Pagada 24/03/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA AMPARO CASTRO		
Documento	CC51559626	**Dirección**	CL 64 #11 - 37
Tipo de Empresa		**Teléfono**	7498135
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 9875986	CABALLERO CERVANTES WILFRIDO JOSE	1053598797	24/03/2023	202302	202303	X																	30	30	30	30	230301	EPS008	14-11	CCF22	$1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$185.600	$46.400	$6.100	$46.400	$0	$0	$0	$0	$284.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-14, 12:54:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1054112534

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

PAGADO 14/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YSAIM MILLAN		
Documento	CC5414951	**Dirección**	TV 68B NORTE #69 - 30
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3423423
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 5414951	YSAIM MILLAN BLANCO	57	04																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 145.000	6.96	$ 1.160.000	$ 80.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
5414951$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400	$ 0	$ 411.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2030485027	9449620054	E	2023/04/18	2023/04/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,538,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	74320384	AMAYA CARVAJAL LUIS FERNANDO	X																	230301	18	$1,200,000	$192,000	EPS017	18	$1,200,000	$48,000	CCF24	18	$1,200,000	$48,000	14-11	18	$1,200,000	$83,600	18	$0	$0	Si	$371,600
2	CC	1086819836	ARROYO CAPACHERO CESAR DAVID	X																	230201	13	$520,000	$83,200	EPS017	13	$520,000	$20,800	CCF24	13	$520,000	$20,800	14-11	13	$520,000	$36,200	13	$0	$0	Si	$161,000
3	CC	9993089	BETANCUR GUEVARA GABRIEL ANGEL	X																	25-14	18	$720,000	$115,200	EPS017	18	$720,000	$28,800	CCF24	18	$720,000	$28,800	14-11	18	$720,000	$50,200	18	$0	$0	Si	$223,000
4	CC	80818748	CRUZ LANCHEROS DANIEL LEONARDO	X																	230201	1	$40,000	$6,400	EPSC34	1	$40,000	$1,600	CCF24	1	$40,000	$1,600	14-11	1	$40,000	$2,800	1	$0	$0	Si	$12,400
5	CC	1233497064	JIMENEZ PEÑA ANDRES FELIPE	X																	230201	28	$1,540,000	$246,400	EPS017	28	$1,540,000	$61,600	CCF24	28	$1,540,000	$61,600	14-11	28	$1,540,000	$107,200	28	$0	$0	Si	$476,800
6	CC	1019099541	MOTTA PEÑUELA YONATAN YESID	X																	230301	14	$541,334	$86,700	EPS008	14	$541,334	$21,700	CCF24	14	$541,334	$21,700	14-11	14	$541,334	$37,700	14	$0	$0	Si	$167,800
7	CC	19435826	URREA RODRIGUEZ EDGAR ANTONIO	X																		0	$0	$0	EPS017	14	$840,000	$33,600	CCF24	14	$840,000	$33,600	14-11	14	$840,000	$58,500	14	$0	$0	Si	$125,700
Total			**Afiliados(7)**																				$4,561,334	$729,900			$5,401,334	$216,100			$5,401,334	$216,100			$5,401,334	$376,200		$0	$0		$1,538,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2030485027	9449620054	E	2023/04/18	2023/04/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,538,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$729,900	$0	$0	$729,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$115,200	$0	$0	$115,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$278,700	$0	$0	$278,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$336,000	$0	$0	$336,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$376,200	$0	$0	$376,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$376,200	$0	$0	$376,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$216,100	$0	$0	$216,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	7	$216,100	$0	$0	$216,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$216,100	$0	$0	$216,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$1,600	$0	$0	$1,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$21,700	$0	$0	$21,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$192,800	$0	$0	$192,800
TOTAL				7	$1,538,300	$0	$0	$1,538,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2030550022	9449620390	E	2023/04/18	2023/04/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$136,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1000463266	BETANCUR ARIAS CRISTIAN FELIPE	X	X																230301	11	$440,000	$70,400	EPS017	11	$440,000	$17,600	CCF24	11	$440,000	$17,600	14-11	11	$440,000	$30,700	11	$0	$0	Si	$136,300
Total	**Afiliados(1)**																						$440,000	$70,400			$440,000	$17,600			$440,000	$17,600			$440,000	$30,700		$0	$0		$136,300

2023/04/17 11:23 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-04	2030550022	9449620390	E	2023/04/18	2023/04/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$136,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,400	$0	$0	$70,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$70,400	$0	$0	$70,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,700	$0	$0	$30,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$30,700	$0	$0	$30,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
TOTAL				1	$136,300	$0	$0	$136,300

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-15, 10:22:21 a .m **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 59465822

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202304

PAGADA 2023-04-15 10:22:21.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR VILLAGRAN				
Documento	CC 1024550105	**Dirección**	Cl 2A SUR #73 A - 45		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2733311		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024550105		Residente		Exonerado		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					VILLAGRAN CORREDOR VICTOR STIVEN	11001000 - 11		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															0	30	30	30	0			$ 1.160.000	230301		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.160.000	$ 50.500	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	SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 50.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 381.100

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-15, 10:06:21 a .m **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 59465879

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202304

PAGADA 2023-04-15 10:06:21.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR VILLAGRAN				
Documento	CC 80452768	**Dirección**	Cl 2A SUR #73 A - 45		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2733311		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80452768		Residente		Exonerado		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					VILLAGRAN BARRANTES VICTOR JULIO	11001000 - 11		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															0	30	30	30	0			$ 1.160.000	230301		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.160.000	$ 50.500	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	CAPITAL SALUD	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 50.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 381.100

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ANEXO SST-20. AFILIACIONES

Medellín, 29 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80130485	CELY CORREA ARTHUR ALEJANDR	02/05/2023		24321341	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/04/2023 11:25:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 05 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1026305243	CASTAÑEDA DIAZ BRAYANT DAVID	08/05/2023		165b8232	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2023 13:41:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012326533	BUENAVENTURA PINZON CHRISTIAN CAMILO	05/05/2023		xJ182240	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 12:00:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C11936571	SANCHEZ PEREA CRISPIN ARLEY	05/05/2023		14923523	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 12:02:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 05 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1108832088	CARMONA CAPERA DANIEL	08/05/2023		17071571	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2023 14:24:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1004501366	RODRIGUEZ MORALES DELVIS JOSE	05/05/2023		nr382312	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 12:03:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 0000002339 - COMET GROUP SAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007643019	ORTIZ CARO FABIAN ELIAS	02/05/2023		167214w2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652311939460

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 29/04/2023 10:57:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1233506563	VALDERRAMA PLAZA FARITH CAMILO	09/05/2023		v1821511	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/05/2023 14:56:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C73550649	RODRIGUEZ OLIVERA JORGE LUIS	10/05/2023		b2161519	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2023 14:32:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 05 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007964327	SANTANA HERNANDEZ JOSE DAVID	08/05/2023		395R1772	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2023 14:55:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79547116	HERNANDEZ ROMERO JOSE RAUL	10/05/2023		23Z82115	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2023 15:04:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 05 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19447388	CONTRERAS GRACIA JULIO CESAR	08/05/2023		18716414	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2023 14:39:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007596305	GODOY PALENCIA LEONARDO	10/05/2023		961114m2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2023 13:44:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1043585737	GOMEZ PACHECO LUIS CARLOS	05/05/2023		16D60182	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 11:59:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1085176064	RINCON LUCERO MARCELINO	05/05/2023		215159n1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 11:56:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 1000000123 - COMET GROUP BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1000620154	QUINTERO MARTINEZ ANDRES FELIPE	17/04/2023		Q11N8224	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652310439507

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 14/04/2023 10:58:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 1000000123 - COMET GROUP BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1023908209	CASTILLO ROJAS CRISTIAN CAMILO	17/04/2023		12046216	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652310439304

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 14/04/2023 10:55:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 1000000123 - COMET GROUP BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1031150274	ACOSTA CELY CRISTIAN JHOAN	17/04/2023		4B155lv2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652310439856

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 14/04/2023 11:04:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 1000000123 - COMET GROUP BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1023973618	TORRES CAGUA JHON STEVEN	17/04/2023		96197229	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652310439681

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 14/04/2023 11:01:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 1000000123 - COMET GROUP BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1002728091	TENZA MELO JOHAN NICOLAS	17/04/2023		216127G1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652310440104

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 14/04/2023 11:08:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022330907	CASTRO CASTRO VIVIAN ROCIO	03/05/2023		217g1421	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/04/2023 11:44:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000213615	RESTREPO CAGUA ANDRES FELIPE	10/05/2023		225Y171V	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2023 14:06:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 05 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000002339 COMET GROUP SAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79733635	MORENO RODRIGUEZ WILMAR ANDRES	08/05/2023		21043401	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2023 14:09:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 1000000123 - COMET GROUP BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C17495081	LIZARAZO ORDOÑEZ GERARDO	17/04/2023		41562433	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652310438892

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 14/04/2023 10:48:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010148948	2|1|0|4|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ORTIZ Primer apellido	LORA Segundo apellido	EDINSON Primer nombre	DE JESUS Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	77032256	Femenino ☐ Masculino ☒	0|2|0|6|1|9|6|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL VALLEDUPAR 12 32 54. **Dirección**	7418569 **Telefono fijo**	3136988747 **Telefono celular**	ORTIZ.EDINSON@GMAIL.COM **Correo electronico**
VALLEDUPAR **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	CESAR **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA LOPERENA - VS CLINICA LOPERENA	VSCLOPEREN - VSCLOPEREN
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES GUERRERO O SAS	NIT	901373086	01

39.Ubicación

CL 64 11 37 Dirección	7498135 Teleéfono	ACTIVOSUNO@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010148948

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|1|0|4|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.**☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.**☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.**☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.**☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.**☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.**☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.**☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Medellín, 13 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1072198326	LOPEZ MAYORGA HAROLD YESSID	14/04/2023		43331013	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/04/2023 23:35:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.154.119, 198.143.41.36, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901373086	**Cédula Usuario:**	CC 33149459
Nombre:	CONSTRUCCIONES GUERRERO 10 SAS				
Dirección:	CL 64 11 37 OF 206				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACTIVOSUNO@GMAIL.COM				
Teléfono:	7498135		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33149459	TULIA MERCEDES GUERRERO DE CIFUENTES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3685	22/04/2023	CC 77032256	ORTIZ LORA EDINSON	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.

CB5895C379870EE3AFB012E4C04F0070 Certificado impreso el día 4/21/2023 11:07:00 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EDINSON DEJESUS
ORTIZ LORA
77032256

CONSTRUCCIONES GUERRERO 10 SAS
901373086

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901373086	**Cédula Usuario:**	CC 33149459
Nombre:	CONSTRUCCIONES GUERRERO 10 SAS				
Dirección:	CL 64 11 37 OF 206				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACTIVOSUNO@GMAIL.COM				
Teléfono:	7498135		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33149459	TULIA MERCEDES GUERRERO DE CIFUENTES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3646	13/04/2023	CC 1065809781	PALMERA TERNERA JADER	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.

3C230BB57FBC7C0FAC79475EE4785430 Certificado impreso el día 4/12/2023 4:34:36 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JADER RAFAEL
PALMERA TERNERA
1065809781
CONSTRUCCIONES GUERRERO 10 SAS
901373086

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO** con **CC** No. **1082215346**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901373086 - CONSTRUCCIONES GUERRERO 10 SAS	**Fecha de última cobertura:** 13/04/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** OBRERO **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301014149778.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de abril de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Medellín, 13 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

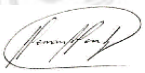
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOGOTA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C79734522	ESPINOSA ROBILSON HINYS	14/04/2023		25Y44211	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/04/2023 23:19:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.154.119, 192.230.86.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **YSAIM MILLAN BLANCO** con **CC** No. **5414951**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901373086 - CONSTRUCCIONES GUERRERO 10 SAS	**Fecha de última cobertura:** 13/04/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** OBRERO **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301014149799.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de abril de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Identificada con NT No. 813008120

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666937904, a partir del 01 de Febrero del año 2020.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1101752159	JUAN CARLOS PINZON CORTES	OPERATIVO 2	5	6.96%	17/04/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 16 de Abril del año 2023.



Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-17 19:20:54, el empleador **PROFESIONALES ASOCIADOS** identificado con **NI** número **813008120** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
247952126161	2023-04-17 19:20:54	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1101752159	JUAN CARLOS PINZON	3500000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMA	2023-04-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Abril del año 2023.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS PINZON CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101752159,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2017** 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 18 de abril de 2023.



Rosa Mercedes Nino 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009939866
9009939866

No. de Radicación: 25980847

Fecha de Radicación: 14 04 2023 (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 [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	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
	LOPEZ	MAYORGA	HAROLD	YESSID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1072198326	Femenino [ ] Masculino [X]	04 04 1999 (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 [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	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		

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)
CARLOS GUTIERREZ	CC	79209739	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARERA 8 BIS 43 60	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] 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 (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		14 04 2023

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

Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario de la UPC adicional	Firma del representante legal del aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
HAROLD LOPEZ	Carlos J. Gutierrez

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. 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:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario	

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS
Un Paso de su Bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] B. Registro de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Regimen: 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): [ ]

II. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Palmora	Segundo apellido: Ternera	Primer Nombre: Yader	Segundo Nombre: Rafael

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1065809751	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 14 11 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo: I [X] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	1160.000

18. Residencia			
Dirección: Cra 22 #86-69	Teléfono Fijo:	Teléfono celular: 3226633351	Correo electrónico: Ternera.Yader@gmail.com
Municipio/Distrito: Bogotá D.C	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Tunjuelito	Departamento: Bogotá D.C

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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
01				
02				
03				
04				
05				

	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)
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo I	Tipo M	Tipo S	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante (a registrar por la EPS)
Construcciones Guerrero SAS	NIT	901373086	

39. Ubicación: Dirección: Calle 64 #11-37	Teléfono	Correo electrónico: actividosin@gmail.com	Municipio/Distrito: Bogotá D.C	Departamento: Bogotá D.C

Powered by CamScanner

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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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	4. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		12042023

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 intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Pamera Jader	Guerrero Tulia.
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 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 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.

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 Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del 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.

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	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
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	B. Colectiva ☐ A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ 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 completos			
BAUTISTA	TAMAYO	PEDRO	ANTONIO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1082215346	Femenino ☐ Masculino ☑	01 07 1991

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. Ingresos base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1160000

18. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☑ Rural ☐		CUNDINAMARCA

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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo 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	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES GUERRERO	NIT	901373086	

39. Ubicación				
CLL 64 11 37			BOGOTA	CUNDINAMARCA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_1037095

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 79209739 CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
Afiliado	CC 79734522 ROBILSON HINYS ESPINOSA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 80 D BIS 43-60
Fecha de ingreso	14/04/2023
Fecha de radicación	14/04/2023 12:11:09 a.m.
Código de Transacción	156409745
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 05/2023

Fecha de generación 14/04/2023

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				
	CABALLERO	CERVANTES	WILFRIDO	JOSE

7. Tipo de documento de identidad CC
8. Número de documento de identidad 9875986
9. Sexo Femenino Masculino ✔
10. Fecha de nacimiento 0 3 0 1 1 9 8 0

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 SURA
16. Administradora de pensiones PORVENR
17. Ingreso base de cotización - IBC 1160000
18. Residencia CRA 147 85 21 4578521 3106953782
BOGOTA Zona Urbana ✔ Rural CUNDINAMARCA

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 MARIA AMPARO CASTRO
36. Tipo de documento de identificación NT
37. Número del documento de identificación 51559626
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CLL 64 11 37 7498135 BOGOTA CUNDINAMARCA

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 2 8 0 2 2 0 2 3
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

WILFRIDO CABALLERO MARIA AMPARO CASTRO

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): WILFREDO CUBILLERO

No. Identificación: 9875986

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): WILFREDO CUBILLERO

No. Identificación: 9875986

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009931123
9009931123

No. de Radicación: 25966925
Fecha de Radicación: 12 04 2023

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MILLAN	Segundo Apellido: BLANCO	Primer Nombre: YSAIM	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	5414951	Femenino [ ] Masculino [X]	D 05 M 12 A 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	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
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 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		

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)
CONSTRUCCIONES GUERRERO SAS	NT	901373086	

39. Ubicación				
CLL 64 11 37 Dirección	3196108900 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
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 12 M 04 A 2023

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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 u 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
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION	

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.

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Independiente a Dependiente

05/2016

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HAROLD YESSID LOPEZ MAYORGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.198.326**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDINSON DE JESUS ORTIZ LORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **77.032.256**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JADER RAFAEL PALMERA TERNERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.809.781**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.215.346**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ESPINOSA ROBILSON HINYS** identificado(a) con **CC** número **79.734.522** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 1996 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202304132322

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILFRIDO JOSE CABALLERO CERVANTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.875.986**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2023.

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.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

YSAIM MILLAN BLANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.414.951**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Medellín, 28 de febrero de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CASTRO MARIA AMPARO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0,522 %	
C9875986	CABALLERO CERVANTES WILFRIDO JOSE	01/03/2023		18141247	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/02/2023 10:30:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.188.137, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EZEQUIEL DARIO MONTOYA GOMEZ identificado(a) con CC. 1024494637 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2021/05/01**
Estado de la Afiliación:	**CANCELADO**
IPS:	
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 04 días del mes de 04 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 17 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024494637	MONTOYA GOMEZ EZEQUIEL DARIO	18/04/2023		95181216	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/04/2023 17:23:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.75, 198.143.41.34, 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 **EZEQUIEL DARIO MONTOYA GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1024494637,** se encuentra afiliado/a desde **14/05/2008** 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 04 de abril de 2023.



Rosa Mercedes Nino 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010185820	2|8|0|4|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
TORRES Primer apellido	LARA Segundo apellido	DIEGO Primer nombre	FERNANDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79420028	Femenino ☐ Masculino ☒	0|7|0|8|1|9|6|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1260000

18.Residencia

CL 104 SUR 14 47 **Dirección**	**Telefono fijo**	3217272902 **Telefono celular**	DIEGO-IBK@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES	NIT	901378317	01

39.Ubicación

CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51 Dirección	3114556386 Teleéfono	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010185820

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|0|5|2|0|2|3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS017	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

diego f torres	ELIANA SANCHEZ
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
TORRES	**LARA**	**DIEGO**	**FERNANDO**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
79420028	RC TI **X** CE PA	**1967 08 07**	**X** F	**2023 28 04**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿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** NO
2. ¿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** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: DIEGO FERNANDO TORRES LARA identificado con el documento de identidad: C No. 79420028, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico diego-ibk@hotmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

diego F torres

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: DIEGO FERNANDO TORRES LARA
Número de identificación: 79420028

Fecha de diligenciamiento
2023 28 04

FIRMA A RUEGO

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

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co*, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 79420028

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009722004

9009722004

No. de Radicación: 25634085

Fecha de Radicación: 11 02 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MENDEZ	Segundo Apellido: SANCHEZ	Primer Nombre: HELY	Segundo Nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PT	5779661	Femenino: Masculino: X	D 13 M 12 A 1977

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
0	Tipo: Condición:	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	SIN AFP

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.500.000	CALLE 138 C 157 49		NT	3005382290
Correo electrónico	Municipio / Distrito: BOGOTA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Corregimiento	Departamento: DISTRITO CAPITAL

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	29. Parentesco	30. Etnia
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

	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 registrarpo rla 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	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26	455
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)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y	NT	901378317	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 57Z 75D 10 SUR CASA 51	3209054734		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Terminación de la inscripción en la EPS: Código: 6. Reinscripción en la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: B. Régimen Subsidiado: 14. Traslado: A. Mismo Régimen: B. Diferente Régimen: 15. Reporte de fallecimiento: 16. Reporte 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	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	25 01 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
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.	X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

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	69. Fecha de validación
					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:
		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009722004

9009722004

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, inequivoca y espontánea que le otorgo a la 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 HELY ANTONIO MENDEZ SANCHEZ
Identificación: PT 5779661

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos HELY ANTONIO MENDEZ SANCHEZ
Identificación: PT 5779661

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

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

Bogotá, Abril 14 de 2023

Señor:
SOLAQUE VALBUENA EDWARD LEANDRO
CC. 1024483375
CR 44 A 78 72 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 28 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SOLAQUE VALBUENA EDWARD LEANDRO	1024483375	C	Jun-28-2011	121	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALUMINIO COMPUESTO RUIZ SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
AVANZA CONSTRUCCION SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES Y URBANISMOS JJG SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
CTA INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES PRO ACCION	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
GRUPO HIDRAULICO COLOMBIANO SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDRAULICAS HT S A S	1024483375	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
HIDRAULICAS HT S A S	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDRAULICAS HT S A S	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDROSANTARIAS CEBALLOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDROSANTARIAS CEBALLOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDROSANTARIAS CEBALLOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
ICF INVERCIONES CON FUTURO LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
JEREZ CASTILLO LUIS RUBIEL	1024483375	Dependiente	CERRADO
MIRADOR DE CHAPINERO SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
MIRADOR DE CHAPINERO SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
MULTISERVICIOS HIDROSANITARIAS JHON SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
MULTISERVICIOS HIDROSANITARIAS JHON SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
SOLAQUE EDWARD	1024483375	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SOLAQUE EDWARD	1024483375	Trabajador Independiente	CERRADO
SOLAQUE EDWARD	1024483375	Trabajador Independiente	CERRADO
STOR CONSTRUCCIONES SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
STOR CONSTRUCCIONES SAS	1024483375	Dependiente	VIGENTE
SUNHER ROYAL INGENIEROS ARQUITECTOS Y COMPANIA SA	1024483375	Dependiente	CERRADO
VICTOR JULIO FAJARDO	1024483375	Dependiente	CERRADO
WHR URBANISMOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
WILTON GARCIA GUZMAN	1024483375	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

Bogotá, Mayo 3 de 2023

Señor:
BUENAVENTURA PINZON CHRISTIAN CAMILO
CC. 1012326533
TV45 12 72 - 2382247
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 28 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
BUENAVENTURA PINZON CHRISTIAN CAMILO	1012326533	C	Sep-28-2017	4	57	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Dic-4-2017	Tx a Regimen Subsidiado - Archivos S Fosyga	Ninguna
BUENAVENTURA GARCIA KEVIN SANTIAGO	1023374937	T	Oct-7-2020	5	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BUENAVENTURA GARCIA JUAN DAVID	1023381625	T	Oct-7-2020	6	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BUENAVENTURA GARCIA NICOLAS STEVEN	1023393142	T	Oct-7-2020	6	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GARCIA MUÑOZ DIANA MARCELA	1024518801	C	Feb-21-2018	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
M Y J CONSULTORES SAS	1012326533	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Diciembre 1 de 2017, no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación. En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



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

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

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) SANCHEZ PEREA CRISPIN ARLEY con documento de identidad C 11936571, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Mayo 6 de 2022.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

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

Se expide el día 3 de Mayo del 2023 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A

Elaboró: Oscar Antonio Ubaque Cano - Gerente de cuenta

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIEL CARMONA CAPERA identificado(a) con CC. 1108832088 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/04/28**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 05 días del mes de 05 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Bogotá, Mayo 3 de 2023

Señor:
RODRIGUEZ MORALES DELVIS JOSE
CC. 1004501366
CL 49F SUR 11A 67 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 5 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
RODRIGUEZ MORALES DELVIS JOSE	1004501366	C	May-5-2017	97	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
GERMAN SILVERIO BERMUDEZ EU	1004501366	Dependiente	CERRADO
GESTION VIAL INTEGRAL SAS	1004501366	Dependiente	VIGENTE
MULTIEMPLEOS LTDA	1004501366	Dependiente	CERRADO
SERVIBOY LTDA	1004501366	Dependiente	CERRADO
AVR CONSTRUCCIONES SAS	1004501366	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO BOLIVAR O O	1004501366	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CARACAS SUR	1004501366	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ESPACIO PUBLICO CVP	1004501366	Dependiente	CERRADO
G INGENIEROS CIVILES LTDA	1004501366	Dependiente	CERRADO
G INGENIEROS CIVILES LTDA	1004501366	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1233506563
NOMBRES Y APELLIDOS	Valderrama Plaza,Farith Camilo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Valderrama Plaza,Farith Camilo, a los 03 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **JORGE LUIS RODRIGUEZ OLIVERA**; identificado(a) con **CC** número **73550649**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **10/01/2023**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **9** días del mes **5** del año **2023**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que SANTANA HERNANDEZ JOSE DAVID identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1007964327 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1007964327
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANTANA HERNANDEZ JOSE DAVID
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	02/06/2022
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	SUBSIDIADO
NIVEL:	2
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	CARTAGENA / BOLIVAR

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 04/05/2023
Codigo de verificacion: AFAF202200000302907
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

SaludTotal

Bogotá, Marzo 27 de 2023

Señor:
HERNANDEZ ROMERO JOSE RAUL
CC. 79547116
CL 70 P SUR 20 36 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 7 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
BEJARANO SERRATO AIDA LUZ	51999129	C	Sep-7-2020	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE		Cambio de empleador no efectivo mes mora 1	Ninguna
HERNANDEZ ROMERO JOSE RAUL	79547116	C	Sep-7-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Cambio de empleador no efectivo mes mora 1	Ninguna
HERNANDEZ BEJARANO BRAYAN ALEXANDER	79547116	M	Jun-4-1996	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Jul-31-2002	Usuario Duplicado	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALTACOL NORVENTAS LTDA	79547116	Dependiente	CERRADO
BOSCONIA AGROINSUMOS SAS	79547116	Dependiente	CERRADO
INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AGM SAS	79547116	Dependiente	CERRADO
P Y H INGENIERIA VERTICAL SAS	79547116	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
SOLUCIONES EN DISEÑO E INGENIERIA SAS	79547116	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES EN DISEÑO E INGENIERIA SAS	79547116	Dependiente	CERRADO
WCV CONSTRUCTORES SAS	79547116	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación,

Powered by CamScanner

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

La EPS Suramericana S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**,

CERTIFICA

Que **Julio Cesar Contreras Gracia** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **19447388,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19447388
NOMBRES Y APELLIDOS	Julio Cesar Contreras Gracia
TIPO DE AFILIADO	Titular
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Regimen Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	6
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	6

Generado por moniarmu 05/05/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LEONARDO GODOY PALENCIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1007596305, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230410	20230410

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Mayo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
21786431

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **LUIS CARLOS GOMEZ PACHECO**; identificado(a) con **CC** número **1043585737**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/08/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **3** días del mes **5** del año **2023**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARCELINO RINCON LUCERO identificado(a) con CC. 1085176064 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/02/10**
Estado de la Afiliación:	**RETIRADO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQUEN**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 03 días del mes de 05 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) QUINTERO MARTINEZ ANDRES FELIPE identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000620154, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230113	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 17 días del mes de Febrero de 2.023

Con destino a: INTERESADOS

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 21191785

VIGILADO
Régimen Subsidio

SaludTotal

BOGOTA, Abril 5 de 2023

Señor:
ACOSTA CELY CRISTIAN JHOAN
CC. 1031150274
CL 67 B 17 P 51 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 17 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ACOSTA CELY CRISTIAN JHOAN	1031150274	C	Dic-17-2012	125	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CLAVIJO CLAVIJO YENNI ALEXANDRA	1000787507	C	Sep-12-2022	8	0	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Sep-12-2022	Anulación por TDA negados	Ninguna
ACOSTA CLAVIJO JACK RYAN	1033831823	R	Mar-14-2023	0	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ACOSTA CELY CRISTIAN JHOAN	23425482	R	Jul-8-1999	0	0	OTROS	NO VIGENTE	May-1-2000	Desafiliado por Retiro laboral (4 meses)	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
PROTEMPORALES SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
RETROX ENTERPRISES SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
SERO SERVICIOS OCASIONALES S A SERO S A	1031150274	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES INMEDIATAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES INMEDIATAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
SU TEMPORAL SA	1031150274	Dependiente	CERRADO
TAKAMI S A	1031150274	Dependiente	CERRADO
A Y Z PUBLICIDAD SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
AIKA HUMANA EST SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
AIKA HUMANA EST SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
ARKITEX CONSTRUCCIONES S.A.S.	1031150274	Dependiente	CERRADO
EMPRESA DE VIGILANCIA PEGASO LTDA	1031150274	Dependiente	CERRADO
fabio eliecer urrego	1031150274	Dependiente	CERRADO
FUREC LTDA	1031150274	Dependiente	CERRADO
GRANDES SUPERFICIES DE COLOMBIA	1031150274	Dependiente	CERRADO
GRIS ESTRUCTURAS ARQUITECTURA E INGENERIA SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
HABITAT ARQUITECTURA Y CONSTRCCION SAS	1031150274	Dependiente	CERRADO
JIRO SA	1031150274	Dependiente	CERRADO
MARKETING ESTRATEGICO DEL CARIBE S.A	1031150274	Dependiente	CERRADO
ORGANIZACION SERVICIOS Y ASESORIAS S A S	1031150274	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Bogotá, Abril 14 de 2023

Señor:
LIZARAZO ORDOÑEZ GERARDO
CC. 17495081
CL 128 B 122 C 86 BRR CAÑIZA - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 15 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LIZARAZO ORDOÑEZ GERARDO	17495081	C	Mar-15-2021	25	26	COTIZANTE	VIGENTE		Proteccion Laboral 1, mes 1	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
C Y G ALTERNATIVAS SAS	17495081	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA AVILA GA SAS	17495081	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA Y REDES EYC SAS	17495081	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA Y REDES EYC SAS	17495081	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA Y REDES EYC SAS	17495081	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA Y REDES EYC SAS	17495081	Dependiente	CERRADO
LIZARAZO GERARDO	17495081	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JHON STEVEN TORRES CAGUA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1023973618, se encuentra Mora en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CONSTRUCTORA AVILA GA SAS NIT 901345213, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230220	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Abril de 2.023

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: 999999999999

CER-AFI 21600007

VIGILADO
Vigilado Supersubsidio

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1002728091
NOMBRES Y APELLIDOS	Tenza MeloJohan Nicolas
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	20/01/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo



Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1022330907
NOMBRES Y APELLIDOS	Castro Castro,Vivian Rocio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Castro Castro,Vivian Rocio, a los 29 días del mes de abril del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Barby Sarmiento

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WLMAR ANDRES MORENO RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 79733635, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa HOTEL AEROPUERTO SAS NIT 900799042, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Abril de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
21688390

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BRYAN DAVID CASTAÑEDA DIAZ identificado(a) con CC. 1026305243 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/03/09**
Estado de la Afiliación:	**SUSPENDIDO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 05 días del mes de 05 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Bogotá, Mayo 9 de 2023

Señor:
RESTREPO CAGUA ANDRES FELIPE
CC. 1000213615
CL 51 5 B ESTE 30 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 27 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
RESTREPO CAGUA ANDRES FELIPE	1000213615	C	Jul-27-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora mes 1	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCTORA JIMENEZ RODRIGUEZ SAS	1000213615	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023908209
NOMBRES Y APELLIDOS	Castillo Rojas,Cristian Camilo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Castillo Rojas,Cristian Camilo, a los 12 días del mes de abril del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Medellín, 14 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de STOR CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1024483375	SOLAQUE VALBUENA EDWARD LEANDRO	13/03/2022		12518112	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10305786182310458190

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 14/04/2023 16:09:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.155.20.29, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009906120
9009906120

No. de Radicación: 25937080

Fecha de Radicación: 14 04 2023

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 [ ]	A. Individual; • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: JARAMILLO	Segundo Apellido: BRIÑEZ	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: DANIEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1033804921	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 10 M M: 03 A A A A: 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	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

	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		

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)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NT	901503062	

39. Ubicación				
CARRERA 53 N 128B 36	3058153788 Teléfono	Correo electrónico:	BOGOTA Municipio / Distrito	CUNDINAMARCA 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
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 [ ]		14 04 2023

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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 u 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
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA	

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010052903	15/04/2023

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

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **A.** Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** Institucional ☐ **B.** Colectiva ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — **A.** Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — **A.** Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LAMBRAÑO Primer apellido	VARGAS Segundo apellido	OMAR Primer nombre	ORLANDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1.031.163.882	Femenino ☐ Masculino ☒	18/03/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLPENSIONES	1160000

18.Residencia

DG 4 N 7 18 **Dirección**	**Telefono fijo**	3233231876 **Telefono celular**	**Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NIT	901503062	01

39.Ubicación

CARRERA 53 Nº 128B 36 Dirección	305 8153788 Teleéfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	Departamento

No de Radicacion
4010052903

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		03/04/2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.**☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.**☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.**☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.**☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.**☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009847106
9009847106

No. de Radicación: 25832109

Fecha de Radicación: 17 03 2023

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 [ ]	A. Individual; • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BETANCUR	Segundo Apellido: ARIAS	Primer Nombre: CRISTIAN	Segundo Nombre: FELIPE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000463266	Femenino [ ] Masculino [X]	31 07 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	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
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 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		

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)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NT	901503062	

39. Ubicación				
CARRERA 53 N 128B 36	3058153788		BOGOTA	CUNDINAMARCA
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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
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	17 03 2023

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010029877	03/04/2023

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ — B. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
AMADOR Primer apellido	CUERVO Segundo apellido	HILDEBRANDO Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79856726	Femenino ☐ Masculino ☒	18/02/1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLPENSIONES	1160000

18.Residencia

DG 4 N 7 18 **Dirección**	**Telefono fijo**	3233231876 **Telefono celular**	**Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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						

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NIT	901503062	01

39.Ubicación

CARRERA 53 Nº 128B 36 Dirección	305 8153788 Teleéfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	Departamento

No de Radicacion
4010029877

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		03/04/2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.**☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.**☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.**☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.**☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.**☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/05/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	215	02/05/2023	CC 79420028	TORRES LARA DIEGO	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.

C4E6FD3F4E8B8A0E752FF19D52B625AB Certificado impreso el día 5/1/2023 6:03:49 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

DIEGO FERNANDO
TORRES LARA
79420028

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	198	23/01/2023	PT 15765992	MENDEZ SANCHEZ HELY	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.

86F8992A0A6BC31FE00C5A2EA62C5B23 Certificado impreso el día 1/22/2023 8:52:54 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

HELY ANTONIO
MENDEZ SANCHEZ
15765992

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS identificado(a) con CC 1105791400 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	17/07/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 17 días del mes marzo del 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LIBARDO RICAURTE RAMIREZ identificado(a) con CC 14320293 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2005
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 17 días del mes marzo del 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BRYAN DAVID CASTAÑEDA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.305.243**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CHRISTIAN CAMILO BUENAVENTURA PINZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.326.533**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISPIN ARLEY SANCHEZ PEREA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.936.571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARMONA CAPERA DANIEL** identificado(a) con **CC** número **1.108.832.088** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de mayo de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de mayo de 2023.

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

202305051429

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DELVIS JOSE RODRIGUEZ MORALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.501.366**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORTIZ CARO FABIAN ELIAS** identificado(a) con **CC** número **1.007.643.019** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de septiembre de 2020 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 29 de abril de 2023.

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

2023042911042

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALDERRAMA PLAZA FARITH CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.233.506.563** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2019 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 03 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305031644

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JORGE LUIS RODRIGUEZ OLIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.550.649**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Powered by CamScanner

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE DAVID SANTANA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007964327,** se encuentra afiliado/a desde **13/11/2019** 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 03 de mayo de 2023.

Rosa Mercedes Nino 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.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE RAUL HERNANDEZ ROMERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79547116,** se encuentra afiliado/a desde **12/09/2005** 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 09 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino 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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIO CESAR CONTRERAS GRACIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.447.388**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

porvenir
sólo hay uno

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:

LEONARDO GODOY PALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.596.305**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Powered by CamScanner

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:

LUIS CARLOS GOMEZ PACHECO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.585.737**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARCELINO RINCON LUCERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.176.064**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2023.

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.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.620.154**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CRISTIAN CAMILO CASTILLO ROJAS identificado(a) con C.C No. 1.023.908.209, 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 12 de abril del 2023.

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN JHOAN ACOSTA CELY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.150.274**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Abril del 2023.

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.

porvenir
sólo hay uno

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 STEVEN TORRES CAGUA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.973.618**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHAN NICOLAS TENZA MELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.728.091**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Marzo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VIVIAN ROCIO CASTRO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.330.907**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Abril del 2023.

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.

porvenir
sólo hay uno

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:

WLMAR ANDRES MORENO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.733.635**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RESTREPO CAGUA ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.000.213.615** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de enero de 2023 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 08 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305081917

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009941435
9009941435

No. de Radicación: 25983652

Fecha de Radicación: 14 04 2023

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUZMAN	Segundo Apellido: GOMEZ	Primer Nombre: OMAR	Segundo Nombre: FELIPE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1020784378	Femenino [ ] Masculino [X]	D 12 M 08 A 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	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		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					32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SOLUCIONES INTEGRALES M SAS	NT	901561860	

39. Ubicación				
CL 68 G SUR 49 D 52	3045596060		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
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	14 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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:
		CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Medellín, 24 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1006878412	MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO	19/04/2023		15811901	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8016522723114359 88

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 24/04/2023 09:59:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 198.143.41.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.483.375**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2023.

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.

Medellín, 17 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000463266	BETANCUR ARIAS CRISTIAN FELIPE	18/04/2023		223X2031	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/04/2023 23:13:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.75, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033804921	JARAMILLO BRIÑEZ JOSE DANIEL	15/04/2023		m2418323	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/04/2023 23:12:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.75, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1031163882	LAMBRAÑO VARGAS OMAR ORLANDO	15/04/2023		28127P12	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/04/2023 23:04:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.75, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79856726	AMADOR CUERVO HILDEBRANDO	03/04/2023		95125372	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190950862309300268

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 03/04/2023 00:04:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.75, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 mayo/2023
ACTUALIZADO A: 02 mayo 2023

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de Documento:	**Cédula de Ciudadanía**	Fecha de Nacimiento:	**07/08/1967**
Número de Documento:	**79420028**	Fecha Afiliación:	**17/01/1994**
Nombre:	**DIEGO FERNANDO TORRES LARA**	Correo Electrónico:	
Dirección:		Ubicación:	
Estado Afiliación:	**Inactivo**		

RESUMEN DE SEMANAS COTIZADAS POR EMPLEADOR

En el siguiente reporte encontrará el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o de sus propias cotizaciones como trabajador independiente, es decir, las que han sido cotizadas desde enero de 1967 a la fecha. Recuerde que la Historia Laboral representa su vida como trabajador, la que usted ha construido mes a mes y año a año.

[1]Identificación Aportante	[2]Nombre o Razón Social	[3]Desde	[4]Hasta	[5]Último Salario	[6]Semanas	[7]Lic	[8]Sim	[9]Total
1007101799	TRANSPORTES PANAMERI	17/01/1994	23/08/1994	$98.700	31,29	0,00	0,00	31,29
901501960	CONSORCIO SANJOSE	01/09/2022	30/09/2022	$1.250.000	3,57	0,00	0,00	3,57
901501960	CONSORCIO SANJOSE	01/10/2022	30/11/2022	$1.500.000	0,00	0,00	0,00	0,00
901501960	CONSORCIO SANJOSE	01/12/2022	31/12/2022	$550.000	0,00	0,00	0,00	0,00

[10] TOTAL SEMANAS COTIZADAS:	**34,86**
[11] SEMANAS COTIZADAS CON TARIFA DE ALTO RIESGO(INCLUIDAS EN EL CAMPO 10 * "TOTAL SEMANAS COTIZADAS"):	**0,00**

RESUMEN DE TIEMPOS PÚBLICOS NO COTIZADOS A COLPENSIONES

El siguiente resumen **INFORMATIVO** refleja los periodos laborados en el sector público y no cotizados al ISS hoy Colpensiones.

[12]Identificación Empleador	[13]Nombre o Razón Social	[14]Desde	[15]Hasta	[16]Último Salario	[17]Semanas	[18]Lic	[19]Sim	[20]Total
NO REGISTRA INFORMACIÓN								

[21]TOTAL SEMANAS REPORTADAS:	

RESUMEN TIEMPO PÚBLICO SIMULTÁNEO CON TRADICIONAL (67 - 94) Y POST 94

El siguiente resumen refleja los periodos laborados que presentan simultaneidad, es decir aquellos en los que usted prestó servicios para varios empleadores en el mismo periodo de tiempo.

[22]Desde	[23]Hasta	[24]Semanas Simultáneas
NO REGISTRA INFORMACIÓN		

[25] TOTAL SEMANAS SIMULTÁNEAS:	

[26]TOTAL SEMANAS (cotizadas[10] + reportadas tiempos públicos[21] - simultáneos[25])	34,86

Si usted laboró en entidades del sector público y estas entidades no cotizaron a pensiones al Instituto de Seguros Sociales (ISS), hoy Colpensiones, es posible que estos periodos no se vean reflejados en su reporte de Historia Laboral. De ser así, puede radicar la solicitud de inclusión de dichos períodos allegando la certificación Electrónica de Tiempos Públicos - CETIL expedida por su empleador, conforme al Decreto 726 de 2018 expedido por el Ministerio de Trabajo.

* Los tiempos públicos tenidos en cuenta para la liquidación de una prestación económica decidida con anterioridad al 26/09/2017, no se visualizarán en el reporte de Historia Laboral.

Si ha trabajado en varias empresas al mismo tiempo, sólo se contabilizará en el total de semanas uno de los periodos y el salario base será la suma de lo cotizado, sin exceder el máximo asegurable al momento de solicitar el reconocimiento pensional.

Las semanas de los periodos de abril y mayo de 2020 con observación "Pago Decreto 558/2020 COVID 19", serán consideradas en el reconocimiento pensional para: Cumplir requisito de las 1300 semanas, Cuando se trate de una pensión de vejez con 1 SMLMV y para el otorgamiento de las pensiones de invalidez y muerte.

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 mayo/2023
ACTUALIZADO A: 02 mayo 2023

C 79420028 DIEGO FERNANDO TORRES LARA

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS ANTERIORES A 1995

Este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas hasta el 31 de diciembre de 1994.

[27] Identificación Empleador	[28] Nombre o Razón Social	[29] Ciclo Desde	[30] Ciclo Hasta	[31] Asignación Básica Mensual	[32] Días Rep.	[33] Observación
1007101799	TRANSPORTES PANAMERICANOS	17/01/1994	31/03/1994	$ 107.675	74	Pago aplicado al periodo declarado
1007101799	TRANSPORTES PANAMERICANOS	01/04/1994	23/08/1994	$ 98.700	145	Pago aplicado al periodo declarado
1989826065	TORRES LARA DIEGO FERNANDO	09/11/1994	31/12/1994	$ 98.700	-53	Periodo en mora por parte del empleador

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS A PARTIR DE 1995

En el siguiente reporte encontrará el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Período	[38]Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40]IBC Reportado	[41]Cotización Pagada	[42]Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Días Rep.	[45] Días Cot.	[46]Observación
901501960	CONSORCIO SANJOSE	NO	202209	13/10/2022	9322703F698997	$ 1.250.000	$ 200.000	$ 0		25	25	Valor devuelto del Régimen de Ahorro Individual por pago al fondo
901501960	CONSORCIO SANJOSE	NO	202210	15/11/2022	83C20106855331	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0		30	0	No registra la relación laboral en afiliación para este pago
901501960	CONSORCIO SANJOSE	NO	202211	15/12/2022	83C20108084895	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0		30	0	No registra la relación laboral en afiliación para este pago
901501960	CONSORCIO SANJOSE	NO	202212	10/01/2023	83C20108839512	$ 550.000	$ 88.000	$ 0	R	11	0	No registra la relación laboral en afiliación para este pago

DETALLE DE PERIODOS REPORTADOS POR ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO QUE NO COTIZARON AL ISS HOY COLPENSIONES

En el siguiente resumen encontrará el detalle por días, de los ciclos laborados en entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones.

[47] Identificación Empleador	[48] Nombre o Razón Social	[49] RA	[50]Ciclo	[51] Fecha de Pago	[52] Referencia de Pago	[53]Asignación Básica Mensual	[54]Cotización Pagada	[55]Cotización Mora Sin Intereses	[56] Nov.	[57] Días Rep.	[58] Días Cot.	[59]Observación
NO REGISTRA INFORMACIÓN												

C **79420028** **DIEGO FERNANDO TORRES LARA**

LECTURA DEL REPORTE DE LA HISTORIA LABORAL UNIFICADO

Resumen de Semanas Cotizadas por Empleador: este reporte contiene el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o como trabajador independiente, es decir las que se han cotizado desde enero de 1967 a la fecha.

1. **Identificación aportante:** número que identifica al aportante según el sistema al que pertenece. Hasta diciembre de 1994 número patronal y a partir de 1995, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.
2. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
3. **Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
4. **Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
5. **Último salario:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta el 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado y para las cotizaciones a partir de 1995 corresponde al salario reportado en el periodo desde-hasta.
6. **Semanas:** total de semanas correspondientes al periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
7. **Licencias (Lic.):** refleja las licencias no remuneradas, es decir periodo no laborado ni remunerado. Este valor es descontado del total de semanas del periodo cotizado.
8. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas cotizadas de manera simultánea a través de dos o más aportantes.
9. **Total:** es el total de semanas cotizadas del periodo, menos las licencias no remuneradas y el tiempo cotizado de manera simultánea.
10. **Total de Semanas Cotizadas:** corresponde al total general de semanas cotizadas a la fecha de generación del reporte.
11. **Total de Semanas Cotizadas Alto Riesgo:** corresponde al total general de semanas cotizadas por tarifa de alto riesgo. Este total se encuentra incluido en el total de semanas cotizadas (campo 10 Total de Semanas Cotizadas.)

Resumen de Tiempos Públicos no Cotizados a Colpensiones: este reporte es informativo y refleja el total de semanas reportadas y laboradas en el sector público, los cuales no fueron cotizados al ISS hoy Colpensiones.

12. **Identificación empleador:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
13. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
14. **Desde:** corresponde a la fecha inicial del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
15. **Hasta:** corresponde a la fecha final del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
16. **Último salario:** corresponde al último salario reportado por la entidad certificadora.
17. **Semanas:** corresponde a las semanas del periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
18. **Licencias (Lic.):** corresponde a las interrupciones laborales no remuneradas, reportadas por la entidad certificadora.
19. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
20. **Total:** es el total de semanas reportadas del periodo, menos las licencias no remuneradas campo (7. Licencias (Lic.)).
21. **Total de Semanas Reportadas:** corresponde al total general de semanas reportadas a la fecha de generación del reporte.

Resumen Tiempo Público Simultáneo con Tradicional (67 - 94) Y Post 94: este reporte refleja el total de semanas laboradas simultáneamente entre el sector público y privado para los tiempos tradicionales (67-94) y Post 94.

22. **Desde:** corresponde a la fecha inicial de la simultaneidad.
23. **Hasta:** corresponde a la fecha final de la simultaneidad.
24. **Semanas simultáneas:** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
25. **Total Semanas Simultáneas:** corresponde a la sumatoria total de semanas laboradas simultáneamente a la fecha de generación del reporte.
26. **Total Semanas:** corresponde a total semanas cotizadas más(+) total semanas reportadas menos(-) total semanas simultáneas reportadas y cotizadas a la fecha de generación del reporte.

C 79420028 DIEGO FERNANDO TORRES LARA

corresponde al último salario reportado y para las cotizaciones a partir de 1995 corresponde al salario reportado en el periodo desde-hasta.

6. **Semanas:** total de semanas correspondientes al periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
7. **Licencias (Lic.):** refleja las licencias no remuneradas, es decir periodo no laborado ni remunerado. Este valor es descontado del total de semanas del periodo cotizado.
8. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas cotizadas de manera simultánea a través de dos o más aportantes.
9. **Total:** es el total de semanas cotizadas del periodo, menos las licencias no remuneradas y el tiempo cotizado de manera simultánea.
10. **Total de Semanas Cotizadas:** corresponde al total general de semanas cotizadas a la fecha de generación del reporte.
11. **Total de Semanas Cotizadas Alto Riesgo:** corresponde al total general de semanas cotizadas por tarifa de alto riesgo. Este total se encuentra incluido en el total de semanas cotizadas (campo 10 Total de Semanas Cotizadas.)

Resumen de Tiempos Públicos no Cotizados a Colpensiones: este reporte es informativo y refleja el total de semanas reportadas y laboradas en el sector público, los cuales no fueron cotizados al ISS hoy Colpensiones.

12. **Identificación empleador:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
13. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
14. **Desde:** corresponde a la fecha inicial del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
15. **Hasta:** corresponde a la fecha final del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
16. **Último salario:** corresponde al último salario reportado por la entidad certificadora.
17. **Semanas:** corresponde a las semanas del periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
18. **Licencias (Lic.):** corresponde a las interrupciones laborales no remuneradas, reportadas por la entidad certificadora.
19. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
20. **Total:** es el total de semanas reportadas del periodo, menos las licencias no remuneradas campo (7. Licencias (Lic.)).
21. **Total de Semanas Reportadas:** corresponde al total general de semanas reportadas a la fecha de generación del reporte.

Resumen Tiempo Público Simultáneo con Tradicional (67 - 94) Y Post 94: este reporte refleja el total de semanas laboradas simultáneamente entre el sector público y privado para los tiempos tradicionales (67-94) y Post 94.

22. **Desde:** corresponde a la fecha inicial de la simultaneidad.
23. **Hasta:** corresponde a la fecha final de la simultaneidad.
24. **Semanas simultáneas:** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
25. **Total Semanas Simultáneas:** corresponde a la sumatoria total de semanas laboradas simultáneamente a la fecha de generación del reporte.
26. **Total Semanas:** corresponde a total semanas cotizadas más(+) total semanas reportadas menos(-) total semanas simultáneas reportadas y cotizadas a la fecha de generación del reporte.

10. **Total de Semanas Cotizadas** corresponde al total general de semanas cotizadas a la fecha de generación del reporte.

Detalle de pagos efectuados anteriores a 1995: este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas hasta el 31 de diciembre de 1994.

27. **Identificación Empleador:** para los periodos anteriores a 1995 corresponde al número Patronal.
28. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
29. **Ciclo Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
30. **Ciclo Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
31. **Asignación Básica Mensual:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado.
32. **Días Rep.:** número de días trabajados y reportados por el aportante para el periodo registrado.
33. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.

Detalle de pagos efectuados a partir de 1995: este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.

C 79420028 DIEGO FERNANDO TORRES LARA

34. **Identificación del aportante:** número que identifica al empleador o trabajador independiente (NIT, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.).
35. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
36. **RA:** indica si existe un registro de afiliación o relación laboral.
37. **Período:** año y mes al que corresponde el periodo cotizado.
38. **Fecha de pago:** fecha en que fue realizado el aporte.
39. **Referencia de pago:** número de registro del pago realizado (Calcomanía o Sticker o referencia de pago PILA).
40. **IBC Reportado:** es el salario (Ingreso Base de Cotización) declarado por el empleador o trabajador independiente, para el pago de la cotización.
41. **Cotización:** valor del aporte efectuado según el salario declarado en cada uno de los periodos.
42. **Cotización mora sin intereses:** es el dinero que el aportante adeuda por el periodo, sin incluir los intereses.
43. **Novedad(Nov.):** campo que indica con la letra “R”, la novedad de Retiro reportada por el empleador.
44. **Días reportados:** número de días trabajados y reportados por el aportante en cada uno de los periodos.
45. **Días cotizados:** corresponde al número de días equivalentes al valor de la cotización pagada.
46. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.

Detalle de periodos reportados por entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones: este reporte contiene el detalle de las semanas reportadas por las entidades certificadoras.

47. **Identificación del aportante:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
48. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
49. **RA:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
50. **Ciclo:** año y mes al que corresponde el periodo reportado.
51. **Fecha de pago:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
52. **Referencia de pago:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
53. **Asignación Básica Mensual:** es el valor de la asignación básica mensual reportado por la entidad certificadora. En este reporte no se verán reflejados los demás factores salariales reportados por la entidad certificadora, sin embargo serán tenidos en cuenta al momento de la decisión de la prestación económica a que haya lugar.
54. **Cotización pagada:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
55. **Cotización mora sin intereses:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
56. **Novedad (Nov.):** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
57. **Días reportados (Rep.):** número de días reportados por la entidad certificadora en cada uno de los periodos.
58. **Días cotizados:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
59. **Observación:** indica si el periodo se encuentra simultáneo con otro empleador. En caso en que se encuentre vacío, indica que el campo no es simultáneo.

Defensoría del Consumidor Financiero
Dirección: Carrera 11 A Nº 96 – 51 Of. 203 Bogotá.
Horario de atención: 8:00 a.m. a 12:00 m y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
Teléfonos: (1) 6108161 - (1) 6108164.
Correo Electrónico: defensoriacolpensiones@legalcrc.com

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle. Este reporte esta sujeto a revisión y verificación por parte de Colpensiones.

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

Nº 22900216

22900216

RRZZDDAA | Ciudad: BOGOTA | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2023 02 27

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias

Traslado de AFP
Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
C.C ✓ T.I C.E PAS R.C C.D	PT 5779661	20220707	BOGOTA	M ✓ F	SI NO ✓

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
MENDEZ	SANCHEZ	HELY	ANTONIO

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	
1977 12 03	VENEZUELA	Colombiana	Otra ¿Cuál? VENEZOLANO

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia			Barrio	Ciudad/Municipio
CL 138 C 157 49			VILLA CINDY	BOGOTA
Departamento	**Nº. de Teléfono Fijo**	**Nº. de Teléfono celular**	**Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular.**	
BOGOTA		3213838324	SI ✓ NO	

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)		
nubia67palomino@gmail.com		
Dirección Laboral	**Ciudad**	**Departamento**
	BOGOTA	BOGOTA

Nº. de Teléfono

4. Datos Empleador e información del Vinculo Laboral

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social	
NIT ✓ C.C C.E PAS T.I	901074166	CONSORCIO SIGLA	
Ciudad	**Dirección Empleador**	**Departamento**	**Teléfono(s)**
BOGOTA		BOGOTA	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
MAESTRO OBRA	$ 1500000	y/o $

Envío de Notificación	Sucursal Principal	Sucursal Ciudad	Tipo de Trabajador	Independiente Contratista	Dependiente	Independiente Voluntario
	✓				✓	

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	

porvenir sólo hay uno

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas
Entidad en la cuál se realizó la cotización:

Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO ✓

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

Hago constar que la selección del Régimen de RAIS la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Powered by CamScanner

Medellín, 24 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C14320293	RICAURTE RAMIREZ LIBARDO	17/01/2023		913M²317	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8016522723114347 34

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 24/04/2023 09:38:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 192.230.86.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1105791400	CAMACHO BUSTOS EDINSON EDUARDO	17/01/2023		14713320	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8016522723114346 98

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 24/04/2023 09:38:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 192.230.86.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

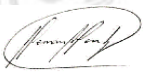
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1020784378	GUZMAN GOMEZ OMAR FELIPE	15/04/2023		224e2553	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/04/2023 13:17:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.14.158, 192.230.86.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN FELIPE BETANCUR ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.463.266**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Marzo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JARAMILLO BRIÑEZ JOSE DANIEL** identificado(a) con **CC** número **1.033.804.921** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de noviembre de 2016 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 14 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202304141055

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR ORLANDO LAMBRAÃO VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.163.882**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HILDEBRANDO AMADOR CUERVO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79856726,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de abril de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.006.878.412** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de septiembre de 2017 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 24 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023042411204

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:

EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.105.791.400**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RICAURTE RAMIREZ LIBARDO** identificado(a) con **CC** número **14.320.293** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 1999 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de marzo de 2023.

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

2023031711313

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Abril de 2,023

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	: 1020784378
Nombre	: OMAR FELIPE GUZMAN GOMEZ
Empresa/Contratante	: SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901561860
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/04/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/04/14
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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 SC 5892-14

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR FELIPE GUZMAN GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.784.378**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2023.

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.

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300289272

Fecha
05/05/2023 16:03:10

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
900801942

Dígito de Verificación *
5

Razón Social
AIKA HUMANA EST SAS

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *

- ○ Si
- ◉ No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1007964327

Primer Apellido *
SANTANA

Segundo Apellido
HERNANDEZ

Primer Nombre *
JOSE

Segundo Nombre
DAVID

Correo Electrónico *
josedavidsantanahernandez5@gmail.com

Fecha de Expedición *
04/10/2016

Lugar de Expedición
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
24/09/1998

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
KR 80 J40 D03
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono
3225387

Celular
3104664681

Fecha Inicio de Contrato *
2023-05-08

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- ○ SI
- ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

- ○ SI
- ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- ○ SI
- ◉ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- ◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ORTIZ CARO FABIAN ELIAS, CC - 1007643019**, está afiliado(a) desde **29/04/2023**, como trabajador de **AIKA HUMANA EST SAS**, con NIT: **9008019425**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **3/05/2023**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
KIARA ORTIZ MESTRA	1245079443	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **29 de Abril del 2023** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

ANEXO SST-21. PAZ Y SALVO PERSONAL RETIRADO

BOGOTA 27 abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **ALCIDES VIRGUEZ MURCIA** identificado con CC 30.783.344 de LA PALMA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,



FIRMA
NOMBRE: ALCIDES VIRGUEZ MURCIA
CC 30.783.344
EMPLEADO

BOGOTA 27 Abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **BURGOS SANTOS ARGELIO** identificado con CC 1.018.414.558 de BOGOTÁ, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de Abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,

ARGELIO BURGOS SANTOS

ARGELIO BUSTOS SANTOS
C.C 1.018.414.558
TRABAJADOR

BOGOTA 27 Abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARIZA** identificado con CC 80.730.155 de BOGOTA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de Abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,

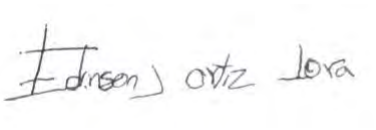
Carlos A Gonzalez

FIRMA
NOMBRE: CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARIZA
CC 80.730.155
EMPLEADO

Bogotá D.C, 4 de mayo del 2023

PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, se certifica que el contratista CARLOMAN RENGIFO GARCIA identificado con cedula de ciudadanía N.6.213.110, se encuentra a PAZ Y SALVO de todo concepto de la obra del Colegio Moralba sede C, con el señor EDINSON DE JESUS ORTIZ LORA identificado con cedula de ciudadanía N. 77.032.256



EDINSON DE JESUS ORTIZ LORA
C.C. 77.032.256

BOGOTA 27 Abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **GERLEN OSORIO VILLALOBO** identificado con CC 1.006.855.890 de SANTA MARTA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de Abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,

FIRMA Gerlen Osorio

NOMBRE: GERLEN OSORIO VILLALOBO

CC 1.006.855.890

EMPLEADO

Bogotá D.C, 4 de mayo del 2023

PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, se certifica que el contratista CARLOMAN RENGIFO GARCIA identificado con cedula de ciudadanía N.6.213.110, se encuentra a PAZ Y SALVO de todo concepto de la obra del Colegio Moralba sede C, con el señor JADER RAFAEL PALMERA TERNERA identificado con cedula de ciudadanía N. 1.065.809.781



JADER RAFAEL PALMERA TERNERA
C.C. 1.065.809.781

BOGOTA 27 abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **JAIR GRERORIO JIMENEZ JIMENEZ** identificado con CC 85.372.162 de CIENAGA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,

FIRMA Yair Jimenez
NOMBRE: JAIR JIMENEZ JIMENEZ
CC 85.372.162
EMPLEADO

BOGOTA 27 Abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **JESUS MIGUEL PEREZ NAVARRO** identificado con CC 1.118.038.841 de RIOHACHA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de Abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,

FIRMA Jesus Perez

NOMBRE: JESUS MIGUEL PEREZ NAVARRO
CC 1.118.038.841
EMPLEADO

PAZ Y SALVO

La empresa **D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN** identificada con NIT No. **901.653.885-1**, certifica que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con el colaborador **JONATAN RAFAEL ROJAS ROJAS** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.102.719.975** por todo concepto con relación a salarios y prestaciones sociales deacuerdo con el contrato de obra o labor suscrita entre las partes.

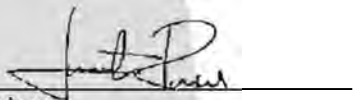
En constancia de este se firma por ambas partes en Bogotá a los 11 días del mes de abril de 2023

FIRMA: DYJ SERVICES



Nombre: DANIEL ORTIZ
Representante Legal

FIRMA: COLABORADOR



Nombre:
C.C:

D J
SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN

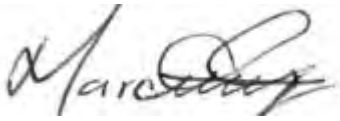
BOGOTA 27 abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **MARCO ALFONSO MANRIQUE ORZCO** identificado con CC 12.630.396 de CIENAGA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,



FIRMA
NOMBRE: MARCO MANRIQUE OROZCO
CC 12.630.396
EMPLEADO

Bogotá D.C 4 de mayo del 2023

PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, se certifica que el contratista CARLOMAN RENGIFO GARCIA identificado con cedula de ciudadanía N.6.213.110, se encuentra a PAZ Y SALVO de todo concepto de la obra del Colegio Moralba sede C, con el señor PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO, identificado con cedula de ciudadanía N. 1.082.215.346.



PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO
C.C. 1.082.215.346

BOGOTA 27 abril de 2023

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **SANTIAGO ENRIQUE LOPEZ CABRERA** identificado con CC 1.082.899.349 de SANTA MARTA, se permite certificar bajo la gravedad del juramento que la empresa CARLOS J GUTIERREZ, se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo salarios, prestaciones sociales, aportes de salud y pensión.

Se expide en Bogotá, a los 27 días del mes de abril de 2023, para efectos de liquidación del contrato.

Atentamente,

Santiago Lopez

FIRMA
NOMBRE: SANTIAGO ENRIQUE LOPEZ
CC 1.082.899.349
EMPLEADO

Bogotá D.C, 4 de mayo del 2023

PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, se certifica que el contratista CARLOMAN RENGIFO GARCIA identificado con cedula de ciudadanía N.6.213.110, se encuentra a PAZ Y SALVO de todo concepto de la obra del Colegio Moralba sede C, con el señor WILFRIDO JOSE CABALLERO CERVANTES identificado con cedula de ciudadanía N. 9.875.986.



WILFRIDO JOSE CABALLERO
C.C. 9.875.986

Bogotá D.C, 4 de mayo del 2023

PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, se certifica que el contratista CARLOMAN RENGIFO GARCIA identificado con cedula de ciudadanía N.6.213.110, se encuentra a PAZ Y SALVO de todo concepto de la obra del Colegio Moralba sede C, con el señor YSAIM MILLAN BLANCO identificado con cedula de ciudadanía N. 5.414.951



YSAIM MILLAN BLANCO
C.C. 5.414.951

SOLUCIONES INTEGRALES M²

PAZ Y SALVO

El suscrito señor **VICTOR MANUEL MACIAS RAMIREZ** identificado con C.C **1.000.777.156** de Bogotá se permite certificar bajo la gravedad de juramento que la empresa **SOLUCIONES INTERALES M2 SAS** identificada con **NIT 901561860-2** se encuentra al día con todos los pagos a su relación con la ejecución del proyecto CO1.PCCNTR.4077644-2 ADELANTAR OBRAS DE ADECUACION, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORECCTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESENTACIONDEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN EL COLEGIO ENTRE NUBES DEDE D-SANTA RITA, incluyendo salarios, presentaciones sociales, aportes de salud, pensión y parafiscales.

Se expide en Bogotá, a los 12 días de abril del 2023, para efectos de liquidación del contrato

Firma

Victor manuel Daza
VICTOR MANUEL MACIAS
RAMIREZ
1.000.777.156

Powered by CamScanner

SOLUCIONES INTEGRALES M^2

CARTA DE DESISTIMIENTO AL EXAMEN MÉDICO DE EGRESO

Yo VICTOR MANUEL MACIAS RAMIREZ identificado con numero de C.C 1000777156 trabajador de la empresa SOLUCIONES INTEGRALES SAS identificada con Nit, 901.561.860-2, desarrollando funciones en el cargo de ayudante de construcción

Hago constar que, habiendo sido informado sobre la realización del Examen Médico Ocupacional de egreso, desisto en forma expresa a la realización del mismo a los
12 días del mes de ABRIL del 2023, para efectos de liquidación del contrato.

FIRMA:

victor manuel Daza

VICTOR MANUEL MACIAS RAMIREZ
1000777156

Powered by CamScanner

Anexo SST-22. ENTREGA DE EPP

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
EZEQUIEL DARIO MONTOYA GOMEZ	1024494637	AYUDANTE DE OBRA

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados																				Recibido
		Casco	Lentes de seguridad	Careta	Tapabocas	Respirador con filtro	Guantes Vaqueta	Tapiados	Botas de seguridad	Botas de caucho	Overol dos piezas	Chaleco de brigadista	Impermeable	Chaleco reflectivo	Jean	Camisa manga larga						
1	17/04/2023	X					X		X		X											
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el 1Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa EMCOCO SAS. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso:	**Cédula:** 1024494637

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
JOSE JARAMILLO	1033804921	AYUDANTES

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados											Recibido
		OVEROL	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M-L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet identificación	Impermeable para lluvia		
1	15/04/23	✓	✓			✓		✓	✓				daniel
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso:	Cédula:
daniel jarami	1033804921

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
OMAR CAMBRANO.	1031163882	AUXILIAR

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados												Recibido
		OVEROL.	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M- L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet identificación	Impermeable para lluvia			
1	15/04/23	✓	✓			✓		✓	✓					omar cambrano.
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso:	Cédula:
Omar Cambrano	1031163882

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
HILDEBRANDO AMADOR	79856726	MAESTRO

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados										Recibido
		Chaquetas Naranja	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M- L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet Identificación	Impermeable para lluvia	
1	30/04/23	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso: Hildebrando A.

Cédula: 79856726

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
Cristian felipe betancur Arias	1000463266	Ayudante

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados																				Recibido
		Chaquetas Naranja	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M- L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet identificación	Impermeable para lluvia	Overol dos Piezas	Guantes Nitrilo									
1	9-03-23	–	✓	–	–	✓	–	–	✓	–	–	✓	✓									Cristi Betan
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso: Cristi Betancur	**Cédula:** 1000463266

Powered by CamScanner

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL	**EMPRESA VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS**	Codigo: R-G SSO-014 Version:1 Fecha: 22,04,2023 Pagina: 1 de 1
	REGISTRO	
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		

DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	**FECHA**	**FIRMA**
JUAN CAMILO MENDEZ	21 ABR 2023	Camilo Mendez

ELEMENTOS	**CUMPLE**			**OBSERVACION**
	SI	**NO**	**N/A**	
CASCO DE SEGURIDAD	X			
BARBUQUEJO	X			
LENTES DE SEGURIDAD	X			
PROTECTOR DE OIDOS	X			
GUANTES	X			
BOTAS DE SEGURIDAD	X			
ARNES DE SEGURIDAD	X			
LINEA DE VIDA	X			
OTROS				

Cardina Vanón
ENTREGADO POR

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL
Luz Jacqueline Escobar Bojaca.
Cel. 321 265 14 11
La transparencia de un trabajo bien hecho!
REVISADO POR

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL	**EMPRESA VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS**	Codigo: R-G SSO-014 Version:1 Fecha: 22,04,2023 Pagina: 1 de 1
	REGISTRO	
	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	

DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	**FECHA**	**FIRMA**
EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS	21 ABR 2023	Edinson CB.

ELEMENTOS	**CUMPLE**			**OBSERVACION**
	SI	**NO**	**N/A**	
CASCO DE SEGURIDAD	X			
BARBUQUEJO	X			
LENTES DE SEGURIDAD	X			
PROTECTOR DE OIDOS	X			
GUANTES	X			
BOTAS DE SEGURIDAD	X			
ARNES DE SEGURIDAD	X			
LINEA DE VIDA	X			
OTROS				

Carolina Vanoy
ENTREGADO POR

VIDRIERIA

Luz Jacqueline Escobar Bojaca
Cel. 321 265 1...
REVISADO POR

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL	EMPRESA VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS	Codigo: R-G SSO-014 Version:1 Fecha: 22,04,2023 Pagina: 1 de 1
	REGISTRO	
	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	

DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA	FIRMA
LIBARDO RICAURTE RAMIREZ	21 ABR 2023	

ELEMENTOS	CUMPLE SI	NO	N/A	OBSERVACION
CASCO DE SEGURIDAD	X			
BARBUQUEJO	X			
LENTES DE SEGURIDAD	X			
PROTECTOR DE OIDOS	X			
GUANTES	X			
Bbotas DE SEGURIDAD	X			
ARNES DE SEGURIDAD	X			
LINEA DE VIDA	X			
OTROS				

ENTREGADO POR

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL

Luz Jacqueline Escobar Bojaca.
Cel. 321 265 14 11
La transparencia de un trabajo bien hecho.

REVISADO POR

SOLUCIONES INTEGRALES M [2]

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:14/4/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

Cantidad	Unidad	Descripción	Talla	Color	Marca
1	Par	Botas punta de acero	42	Negro	Max-t
1	1	Guantes carnaza	L	Negro	Genérico
1	1	Chaqueta	34	Rojos	Delta
1	1	Casco	M	Amarillo	Stem
1	1	Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo	M	Rojos	Delta
1	1	Gafas protectoras	M		3M
1	1	Mascarilla KN95	M		3M
1	1	Pantalon	34		

El trabajador manifiesta que:

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

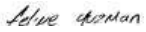
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



OMAR FELIPE GUZMAN GOMEZ
C.C 1020784378

STOR CONSTRUCCIONES SAS.NIT.
901.448.807-9

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL E.P.P

1

NOMBRE TRABAJADOR	**: Edwar Augusto Solaque Valbuena**
CEDULA DE CIUDADANIA	**:1.024.483.375**
CARGO	**: OFICIAL DE OBRA**
OBRA	**:**

ELEMENTO ENTREGADO	FECHA DE RECEPCION	OBSERVACION
Casco de Seguridad	14-Abril -2023	
Overol	14-Abril -2023	
Barbuquejo	14-Abril -2023	
Lentes	14-Abril -2023	
Guantes	14-Abril -2023	
Zapato de Seguridad		

EPP COMPLEMENTARIO	FECHA DE RECEPCIÓN	FIRMA CONFORME	OBSER VACIÓN
Arnés de Seguridad			
Protección Auditiva			

COMPROMISOS

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

ENTREGA:

RECIBE:

storconstrucciones@gmail.com cel. 313-499-3977

SIGMA
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES

FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0
25/10/2021
SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: HEIN ANTONIO MENDEZ SANCHEZ CARGO: OFICIAL DE OBRA C CEDULA: 15.765.992.

FECHA	CASCO	GAFAS		PROT. RESP.	PROT. AUDT.	GUANTES	BOTAS		CAMISA PANTALON	CAPA IMPERM.	CINT. SEG.	CARNET	OTROS	FIRMA TRABAJADOR
		OSC.	BLA.				CR.	CCHO						
23-01-23	X	X		X	X	X	X		X			X		

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0
25/10/2021
SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: Diego Fernando Torres CARGO: Ayudante Entendido C CEDULA: 79.420.028

FECHA	CASCO	GAFAS		PROT. RESP.	PROT. AUDT.	GUANTES	BOTAS		CAMISA PANTALON	CAPA IMPERM.	CINT. SEG.	CARNET	OTROS	FIRMA TRABAJADOR
		OSC.	BLA.				CR.	CCHO						
02-May-2023	X		X		X	X		X	X					Diego Torres

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

FORMATO ENTREGA DE EPPS

MES:	ABRIL	AÑO	2023		No.	1
OBRA:	COLEGIO MORALBA SEDE C					

ITEM	FECHA	NOMBRES	CAMISA			CASCO		G. CARNAZA		G. CAUCHO		TAPABOCAS		TAPA OIDOS		GAFAS		ARNES		FIRMA DE RECIBIDO
			SI	NO	TALLA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	16	Ysaim millan	x		xl	x		x		x		x		x		x			x	
2	16	Luis Rueda	x		l	x		x		x		x		x		x			x	
3	16	Jader palmera	x		l	x		x		x		x		x		x			x	
4	16	Pedro bautista	x		m	x		x		x		x		x		x			x	
5	16	Wilfrido caballero	x		xl	x		x		x		x		x		x			x	
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
28																				
		TOTALES	5			5		5		5		5		5		5				Vº Bº

Powered by CamScanner

ACTA ENTREGA DE DOTACION

MES: abril

NUMERO DE ID	NOMBRES Y APELLIDOS	CAMISA	PANTALON JEAN	GAFAS	TAPAOIDOS	TAPABOCAS	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES	FIRMA
	Diego Lopez								X	Diego Lopez
	Sneyder Quintero								X	Sneyder Quintero
	Wilson Sepulveda								X	Wilson Sepulveda
	Jhon Silva								X	
	Francisco Hernandez								X	
	Adriano Hernandez								X	
	Semilo Valentin								X	
	Jesus Lopez								X	
	Diego Romero			X						
	Luis Ramirez					X				
	Jhon Silva					X				
	Fabian								X	
	Wilson Sepulveda								X	
	Sneyder Quintero			X					X	Sneyder
	Luis Ramirez					X				Luis Ramirez
	Diego Navarrete			X						

Powered by CamScanner

ACTA ENTREGA DE DOTACON

MES: abril

NRO DE ID	NOMBRES Y APELLIDOS	CAMISA	PANTALON JEAN	GAFAS	TAPAOIDOS	TAPABOCAS	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES	FIRMA
	Diego Rojas								X	Diego Rojas
	Stevens Quintero								X	Stevens Quintero
	Wilson Sabanarca								X	Wilson Sabanarca
	Jhon Silva								X	
	Francisco Hernandez								X	
	Fransisco Hernandez								X	
	Sergio Navarrete								X	
	Jesus Lopez			X						
	Diego Rojas					X				
	Luis Ramirez					X				
	Jhon Silva								X	
	Francisco								X	
	Wilson Sabanarca			X					X	Stevens
	Stevens Quintero					X				Luis Ramirez
	Luis Ramirez			X						
	Diego Navarrete									

Powered by CamScanner

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	**Fecha:** ABRIL 14/ 2023
	Versión: 01
	Pagina 1 de 1

dd	mm	aaaa
14	4	2023

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre: ROBILSON HINYS ESPINOSA C.C. 79,734,522

Cargo: Proceso: OPERATIVO

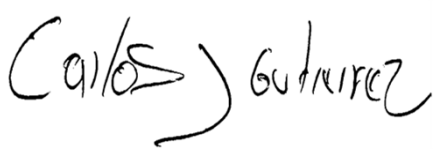
DOTACIÓN PERSONAL

Botas	1	Talla	40
Overol	N/A	Talla	N/A
Pantalón	2	Talla	34
Camisa	2	Talla	L
Buzo	NO	Talla	NO

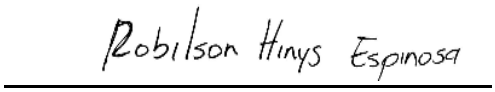
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Protector Auditivo Tipo Tapón	1	Protector Auditivo Tipo Orejera	
Bota de Cuero con Puntera en Acero	1	Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica	
Bota de Cuero sin Puntera en Acero		Botas Impermeables con Puntera Acero	
Bota Impermeables sin Puntera		Gafas de Seguridad	1
Guantes Hilo y PVC	1	Guantes en Carnaza	1
Guantes Dieléctricos		Guantes para Soldador	
Careta para Esmerilar		Careta para Soldar	
Tapabocas Prehormado		Respirador Contra Gases y Vapores	1
Casco	1	Barbuquejo	1
Delantal de Carnaza		Poncho en PVC con Capucha	

FIRMAS



ENTREGA



RECIBE

FORMATO ENTREGA DE EPPS

MES:	ABRIL	AÑO	2023		No.	1
OBRA:	COLEGIO MORALBA SEDE C					

ITEM	FECHA	NOMBRES	CAMISA			CASCO		G. CARNAZA		G. CAUCHO		TAPABOCAS		TAPA OIDOS		GAFAS		ARNES		FIRMA DE RECIBIDO
			SI	NO	TALLA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	16	Ysaim millan	x		xl	x		x		x		x		x		x			x	
2	16	Luis Rueda	x		l	x		x		x		x		x		x			x	Jader Palmera
3	16	Jader palmera	x		l	x		x		x		x		x		x			x	Pedro Antonio Bautista
4	16	Pedro bautista	x		m	x		x		x		x		x		x			x	
5	16	Wilfrido caballero	x		xl	x		x		x		x		x		x			x	
6	21	EDINSON ORTIZ LORA	x		M	x		x		x		x		x		x			x	Edinson Ortiz Lora
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
28																				
		TOTALES	5			5		5		5		5		5		5				Vº Bº

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
Es Por Ti Es Bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] B. Registro de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Regimen: 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)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo Nombre
Palmera	Ternera	Yader	Rafael

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1065809751	Femenino [ ] Masculino [X]	14 11 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F / X / M)	Condición (T / P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	1160.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cra 22 #86-69		3226633351	Panera.Yader@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Bogotá D.C	X		Tunjuelito	Bogotá D.C

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo (F / X / M)	Condición (T / P)
01				
02				
03				
04				
05				

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante (a registrar por la EPS)
Construcciones Guerrero SAS	NIT	901373086	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 64 #11-37		construguerrero@gmail.com	Bogotá D.C	Bogotá D.C

Powered by CamScanner

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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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	4. Fecha 12/04/2023

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 intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS 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
Pamera Jader	Guerrero Tulia.

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 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 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.

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 Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Numero del 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.

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Christian Camilo Buenaventura, identificado con C.C. No. 1017326533
con cargo Oficial De Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		39	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		38	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Cristian Buenaventura
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Leonardo Goday, identificado con C.C. No. 1007596505
con cargo Ayudante De Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	Casco		1	
AUDITIVA				
PIES	Botas		40	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL	overol		34	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Leonardo Goday.
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Andres Felipe Doctrepo, identificado con C.C. No. 1000213615
con cargo Ayudante de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		41	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		39	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el dia de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Andres Restrepo
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Sergio Rodríguez, identificado con C.C. No. 7356649
con cargo oficial he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		41	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		36	1
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Crispin Arley Sanchez, identificado con C.C. No. 11936571
con cargo Oficial De Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		1	
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		42	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	Overol		42	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Luis Carlos Gomez, identificado con C.C. No. 1043585732

con cargo Oficial De Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		1	
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		43	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		40	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Luis Carlos

FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Marcelino Rincon Cuero, identificado con C.C. No. 1085176069
con cargo Oficial de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		1	
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		40	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		38	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Marcelino Rincon L.
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Delvis Jose Rodriguez, identificado con C.C. No. 1009501366
con cargo Ayudante de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		38	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		36	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Delvis Rodriguez
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA HUMANA	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA
			13	04	2023

Yo ANDRES FELIPE QUITERO MARTINEZ, identificado con C.C. No. 1000620154

con cargo AYUDANTE DE OBRA he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	CASCO AMARILLO			1
	GAFAS DE SEGURIDAD			1
AUDITIVA	TAPA OIDOS INSERCION			1
PIES	BOTAS DE SEGURIDAD			1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA	TAPABOCAS			1
CORPORAL	UNIFORME DOS PIEZAS			1
	(OVEROL)			
MANOS	GUANTE DE CARNAZO			1

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

ANDRES QUITERO
FIRMA

AIKA HUMANA	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO	CONSORCIO COLEGIOS	FECHA	DD: 13	MM: 04	AAAA: 2023

Yo CRISTIAN CAMILO CASTILLO ROJAS, identificado con C.C. No. _____

con cargo AYUDANTE DE OBRA he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	CASCO AMARILLO			1
	GAFAS DE SEGURIDAD			1
AUDITIVA	TAPA OIDOS INSERCIÓN			1
PIES	BOTAS DE SEGURIDAD			1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA	TAPABOCAS			1
CORPORAL	UNIFORME DOS PIEZAS			1
	(CONTROL)			
MANOS	GUANTES DE CARNAZA			1

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

CRISTIAN CASTILLO

FIRMA

AIKA	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO	Consorcio Colegios	FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Johan Nicolas Tenza Melo, identificado con C.C. No. 1001738091
con cargo Ayudante de Obra. he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	CASCO AMARILLO			1
	GAFAS			1
AUDITIVA	TAPA OIDOS INSERCION			1
PIES	BOTAS DE SEGURIDAD			1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA	TAPABOCAS			1
CORPORAL	UNIFORME DOS PIEZAS (OVEROL)			1
MANOS	GUANTES DE CARNAZA			1

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Arthur Alejandro Cely, identificado con C.C. No. 80130485
con cargo Oficial Electrico he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		40	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		38	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Arthur Alejandro
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Farith Camilo Valderrama, identificado con C.C. No. 1733606563
con cargo Analista SST he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		39	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Farith Camilo V.

FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Fabian Elias Ortiz, identificado con C.C. No. 1007693019
con cargo Ayudante de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		41	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		38	1
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Fabian Ortiz
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO	CONSORCIO COLEGIOS	FECHA (DD MM AAAA)	13	04	2023

Yo Cristian Jhoan Acosta Coly, identificado con C.C. No. 1031150274

con cargo Oficial de obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	CASCO AMARILLO			1
	GAFAS DE SEGURIDAD			1
AUDITIVA	TAPA OIDOS INSERCIÓN			1
PIES	BOTAS DE SEGURIDAD			1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA	TAPABOCAS			1
CORPORAL	UNIFORME DOS PIEZAS			1
	(OVEROL)			
MANOS	GUANTES DE CARNAZA			1

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Daniel Carmona Cabera, identificado con C.C. No. 1098320988

con cargo Ayudante he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
AUDITIVA				
PIES				

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Daniel Carmona Cabera
FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Brayan David castañeda, identificado con C.C. No. 1026305243
con cargo Ayudante de obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		1	
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		39	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		30	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

BRYAN
FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Julio Cesar Contreras, identificado con C.C. No. 19497388

con cargo Ayudante de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		1	
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		40	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	Overol		38	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Vivian rocio castro, identificado con C.C. No. 1022330907
con cargo Residente de obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		37	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		36	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD: 05	MM: 05	AAAA: 2023

Yo Wilmar Andres Moreno Rodriguez, identificado con C.C. No. 79.733.635
con cargo Tecnico Electricista he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		39	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	Overol		38	1
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Jose D Santana, identificado con C.C. No. 1007964327
con cargo Ayudante de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		39	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		M	
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Jose David Santana
FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Jose Raul Hernandez Romero, identificado con C.C. No. 79 597 116
con cargo Oficial de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		·	1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		39	

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol		38	1
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO	CONSORCIO COLEGIOS	FECHA	DD: 13	MM: 04	AAAA: 2023

Yo Jhon Steven Torres Cagua, identificado con C.C. No. 1023973618
con cargo Ayudante de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	CASCO AMARILLO			1
	GAFAS DE SEGURIDAD			1
AUDITIVA	TAPA OIDOS 3 INSERCIÓN			1
PIES	BOTAS DE SEGURIDAD			1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA	TAPABOCAS			1
CORPORAL	UNIFORME DOS PIEZAS (OVEROL)			1
MANOS	GUANTES DE CARNAZA			1

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Jhon Steven Torres C
FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO	C

FECHA	DD	MM	AAAA
	12	04	2023

Yo Gerardo Lizarazo. O, identificado con C.C. No. 17.495.087

con cargo Maestro de Obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL	CASCO AMARILLO			1
	GAFAS DE SEGURIDAD			1
AUDITIVA	TAPA OIDOS INSERCIÓN			1
PIES	BOTAS DE SEGURIDAD			1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA	TAPABOCAS			1
CORPORAL	UNIFORME DOS PIEZAS			1
	(overol)			
MANOS	GUANTES DE CORDAZO			1

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

GERARDO LIZARAZO. O

FIRMA

CC# 17495087

ENTREGA ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL EPP

Empresa: D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION
NIT: 901.653.885-1
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Semana: Desde: 03/04/23. Hasta: 09/04/23.

#	NOMBRE	IDENTIFICACION	EPP											EPCC			OTROS	FIRMA
			OBEROL	CASCO	BOTAS SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS	TAPAOIDOS INSERCION	TAPAOIDOS COPA	GUANTES	TAPABOCAS	PETO	CARETA	ARNES	ESLINGA	BARBUQUEJO		
1	Ortiz Albarracin Fabio Javier	79279184				✓	✓	✓		✓	✓							
2	Ducuara Bedoya Hector Libardo	80437757					✓	✓		✓	✓							
3	Parra Ramirez Hector Julio	1069230045				✓	✓	✓		✓	✓							
4	Camacho Reyes Mauricio	79211765				✓	✓	✓		✓	✓							
5	Parra Ramirez Jose Domingo	3125421	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	RETIRADO	
6	Villalba Guarnizo Jerson Alexander	1075629643	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	RETIRADO	
7	Garcia Ortiz Juan Pablo	1010246899					✓	✓		✓	✓							
8	Londoño Moreno Alejandro	79714637					✓	✓		✓	✓							
9	Otalvaro Madrigal Abel Antonio	1024499702					✓	✓		✓	✓							
10	Luna Jhon	1003655677				✓	✓	✓		✓	✓							
11	Rojas Rojas Jonatan Rafael	1102719975	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓		

Firma de Quien entrega JESSICA RODRIGUEZ
Nombre: 1031152036

ANEXO SST-23. CONTROL PERSONAL CONTRATISTA

PERSONAL DE OBRA APROBADO – GRUPO 7

08/05/2023

PERSONAL APROBADO CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS					
N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	CINDY LORENA RODRIGUEZ BOHORQUEZ	1.072.648.578	DIRECTOR DE INTERVENTORIA		X
2	WENDY PAOLA GUERRA LEÓN	1.019.053.184	RESIDENTE		X
3	LUIS CARLOS ROJAS BARON	1.013.657.571	RESIDENTE	X	
4	JUAN GUILLERMO RODRIGUEZ SIERRA	1.020.770.898	RESIDENTE	X	
5	IVONNE MARCELA FONSECA MACIAS	1.049.602.978	INSPECTOR	X	
6	JOHN CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	1.012.420.871	INSPECTOR	X	
7	EDWARD ALEXANDER RODRIGUEZ SUAREZ	80.057.261	INSPECTOR	X	
8	KETTY MARIA CHIQUILLO BUENO	52.791.845	INSPECTOR	X	
9	SANDRA PATRICIA RODRIGUEZ CARILLO	52.448.042	INSPECTOR	X	
10	CARLOS ANDRES MONTES TORRES	1.066.526.693	INSPECTOR	X	
11	YENY CAROLINA GARZA BARRERA	1.100.504.092	TÉCNICO SST	X	
12	NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON	1.012.372.053	TÉCNICO SST	X	
13	MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA	1.023.976.667	TÉCNICO SST	X	
14	ALVARO ROMERO BALLESTEROS	79.760.209	TÉCNICO SST	X	
15	JOSÉ LUIS ANAYA GUERRERO	80.757.940	ASESOR ESTRUCTURAL		X
16	ERIKA PATRICIA PASTOR SILVA	1.070.963.120	ASESOR AMBIENTAL		X
17	DAVID ALEJANDRO UMBARILLA	80.179.488	ASESOR ELECTRICO		X
18	JUAN CAMILO TORRES ZAPATA	80.182.579	ASESOR HIDROSANITARIO		X

PERSONAL APROBADO PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA					
N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	SANDRA MILENA HORMAZA LOZANO	52.382.758	DIRECTOR DE OBRA		X
2	BRAYAN STIVEN FORERO AYALA	1.022.385.179	PROFESIONAL DE COSTOS		X
3	OMAR CAMILO LOPEZ SÁNCHEZ	79.744.779	RESIDENTE DE OBRA		X
4	CAMILO ANDRÉS RUBIO GALINDO	79.838.555	RESIDENTE DE OBRA		X
5	FABIAN TOCUA PINZÓN	1.022.958.693	TÉCNICO SST - COOR. ALTURAS	X	
6	LUIS CARLOS TOVAR JIMÉNEZ	1.018.510.121	RESIDENTE ADMINISTRATIVO		X
7	KATERIN ROXET PAOLA MENDOZA SANTANA	1.026.289.544	PROFESIONAL AMBIENTAL		X
8	JUAN FERNANDO PEDREROS DIAZ	12.198.058	INSPECTOR DE OBRA	X	
9	LIZETH VANESSA ROZO RIVERA	1.026.280.172	INSPECTOR DE OBRA	X	
10	JEFFERSON ARNULFO LOAIZA RODRÍGUEZ	1.013.590.546	INSPECTOR DE OBRA		X
11	CIRO ANTONIO MELO RINCÓN	80.116.087	INSPECTOR DE OBRA		X
12	DUBAR DAVIANNY CASTRO PIRACOCA	1.023.021.403	TÉCNICO SST - COOR. ALTURAS	X	
13	SAID ALONSO JULIO RUIZ	1.024.522.732	TÉCNICO SST - COOR. ALTURAS	X	
14	VALENTINA PORTILLA GARZÓN	1.033.792.061	TÉCNICO SST - COOR. ALTURAS	X	
15	JUAN CARLOS PINZON CORTES	1101752159	REDIDENTE DE OBRA		X

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA
COLEGIO NUEVA DELHI
SUBCONTRATISTA: SIGMA SYC

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ARISTOBULO GARCIA SANTAMARIA	79.970.576	AYUDANTE DE OBRA		X
2	FLORENTINO RAVELO ESTEPA	11.441.077	MAESTRO DE OBRA		X
3	LUIS HUMBERTO CRUZ PEREZ	79.111.763	OFICIAL DE OBRA		X
4	KEVIN MIGUEL DEL VILLAR	1.026.308.988	AYUDANTE DE OBRA	X	
5	MIGUEL DEL VILLAR MERCADO	79.681.780	MAESTRO DE OBRA	X	
6	OSCAR OBDULIO GUERRERO CORTES	1.024.467.174	AYUDANTE DE OBRA	X	
7	SERGIO ALEAN CAVANZO	80.822.373	SOLDADOR		X
8	ISIDRO ANTONIO GOMEZ GOMEZ	19.353.005	AYUDANTE DE OBRA		X
9	JIMMY GARCIA SANABRIA	80.114.333	OFICIAL DE OBRA		X
10	ROMEL ORLANDO GARCIA	79.651.166	AYUDANTE DE OBRA		X
11	CESAR AUGUSTO CHAVEZ YAÑEZ	79.925.284	OFICIAL DE OBRA	X	
12	CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDEZ	80.762.173	OFICIAL DE OBRA	X	
13	CRISTIAN MAURICIO GARCIA SANABRIA	1.033.722.245	AYUDANTE DE OBRA		X
14	ROMEL GERARDO GARCIA ALBARRACIN	1007404311	AYUDANTE DE OBRA		X
15	TEDER DAYAN AREVALO	1007275624	AYUDANTE DE OBRA	X	
16	DAVID ALFREY GUZMAN SANTA	1000031241	AYUDANTE DE OBRA		X
17	JOSE ALEXANDER VARGAS GUTIER	79728430	OFICIAL DE OBRA		X
18	ISAAC REYES CALLEJAS	1099322106	MAESTRO DE OBRA		X
19	DORIS AMPARO FORERO ALFONSO	1010135604	OFICIAL DE OBRA		X
20	NELSON RODRIGO DIAZ	79695587	RESIDENTE DE OBRA		X
21	YOINER JOSE TORRES CABANA	1127602304	AYUDANTE DE OBRA		X
22	WILMER JAIR GOMEZ	1033701940	AYUDANTE DE OBRA		X
23	DEANGELLO EMANNUELL TORRES GOMEZ	1.000.603.662	AYUDANTE DE OBRA		X
24	JHON HEIDER SOLORZANO CUELLAR	1.112.933.516	AYUDANTE DE OBRA		X
25	GUDIÑO YARI RENNY DE JESUS	13.641.190	AYUDANTE DE OBRA		X

COORDINADORES DE ALTURAS AUTORIZADO: CESAR AUGUSTO CHAVEZ YAÑEZ
CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDEZ

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO ENTRE NUBES SEDE D - SANTA RITA
SUBCONTRATISTA: SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	JOSE ALEJANDRO PEREZ FLOREZ	1.024.517.223	INGENIERO DE OBRA		X
2	JHON ALEXANDER SILVA PEREZ	79.999.319	AYUDANTE DE OBRA		X
3	SERGIO NAVARRETE	1.000.778.186	AYUDANTE DE OBRA	X	
4	WILMER ERNEY ACEVEDO ARIAS	1.073.723.863	AYUDANTE DE OBRA		X
5	WILSON SALAMANCA GONZALEZ	1.014.178.330	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN	X	
6	JOSE STEVEN QUINTERO RAMIREZ	1.000.126.107	AYUDANTE DE OBRA	X	
7	LUIS CARLOS PEREZ RODRIGUEZ	19.107.699	MAESTRO DE OBRA		X
8	JESUS SIMEON LOPEZ ENRIQUEZ	12.973.153	AYUDANTE DE OBRA		X
9	CARLOS ARMANDO CHAPARRO	1.032.362.568	ORNAMENTADOR		X
10	DIEGO ALONSO ROJAS ROMERO	1.013.589.644	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN		X
11	LUIS ALBERTO RAMIREZ MARTINEZ	1.033.735.610	AYUDANTE DE OBRA		X
12	FRANCISCO MIGUEL HERNANDEZ	PT 6131179	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN		X
13	VICTOR MANUEL MASIAS RAMIREZ	1.000.777.156	AYUDANTE DE ORNAMENTACION		X
14	OMAR FELIPE GUZMAN GOMEZ	1.020.784.378	RESIDENTE DE OBRA		x

COORDINADORES DE ALTURAS AUTORIZADO: WILSON SALAMANCA GONZALES

PERSONAL APROBADO COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL
SUBCONTRATISTA: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ADEMIR ANGULO ORELLANO	79.682.771	AYUDANTE DE OBRA	X	
2	CARLOS STIVEN GUTIERREZ GUEPE	1.083.022.967	OFICIAL ELECTRICO		X
3	GERLEN OSORIO VILLALOBO	1.006.855.890	AYUDANTE DE OBRA	X	
4	JESUS PARRA PEREZ	79.555.362	AYUDANTE DE OBRA	X	
5	JOSE MANUEL RAMIREZ	348.412	AYUDANTE DE OBRA		X
6	JUSTO AYOLA	14.228.112	AYUDANTE DE OBRA	X	
7	MARCO ALFONSO MANRIQUE OROZCO	12.630.396	AYUDANTE DE OBRA		X
8	JAIR ANTONIO JIMENEZ JIMENEZ	85.372.162	AYUDANTE DE OBRA		X
9	SANTIAGO ENRIQUE LOPEZ CABRERA	1.082.899.349	AYUDANTE DE OBRA		X
10	ANDRES FELIPE ESCOBAR HERNANDEZ	10.126.297.811	AYUDANTE DE OBRA		X
11	YAIR ANDRES USGAME OÑATE	80.807.876	OFICIAL ELECTRICO	X	
12	GUILLERMO SEGUNDONOVOA FIGUEROA	73.547.897	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN		X
13	ROBERTO ROMERO PULIDO	5.874.199	ENCHAPADORES		X
14	ALCIDES VIRGUEZ MURCIA	3078344	ENCHAPADORES		X
15	CRISTIAN CAMILO BUITRAGO ORTEGA	1.012.356.138	AYUDANTE DE OBRA		X
16	JOSE JOHANN FORERO DIAZ	1.010.223.326	AYUDANTE DE OBRA		X
17	DYLAN FERNANDO NEMOCON CHAVEZ	1.000.992.222	AYUDANTE DE OBRA		X
18	ORLEY DE JESUS CARDONA CARDONA	18.599.633	AYUDANTE DE OBRA		X
19	JESUS MIGUEL PEREZ NAVARRO	1.118.839.841	AYUDANTE DE OBRA		X
20	LUIS EDUARDO CARVAJAL OYOLA	79.508.346	AYUDANTE DE OBRA		X
21	ARGELIO BURGOS SANTOS	1.018.414.558	SOLDADOR		X
22	ROBILSON HYNIS ESPINOSA	79.734.522	AYUDANTE DE OBRA		X
23	HAROLD YESID LOPEZ MAYORGA	1.072.198.326	AYUDANTE DE OBRA		X

COORDINADOR ALTURAS AUTORIZADO: GERLEN OSORIO VILLALOBO

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO
SUBCONTRATISTA: STOR CONSTRUCCIONES SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	MARYURY CAROLINA RIVERA VELASQUEZ	1.090.441.631	RESIDENTE OBRA		X
2	IVAN ORLANDO RAMIREZ ALVAREZ	1.024.579.272	OFICIAL DE OBRA	X	
3	JOHAN STIVEN RUIZ NEMOJON	1.000.762.157	AYUDANTE DE OBRA		X
4	JEAN PAUL RIVEROS RODRIGUEZ	1.023.366.448	AYUDANTE DE OBRA		X
5	CARLOS ALEXIS PORRAS LOTERO	80.807.271	SOLDADOR	X	
6	JAVIER SAUL ALBA MAYORGA	79.900.758	SOLDADOR	X	
7	YINI PAOLA JERONIMO JERONIMO	1.007.767.345	AYUDANTE DE OBRA (OFICIOS VARIOS)		X
8	JHON JAIRO LARROTA MOLANO	1.056.709.572	OFICIAL DE OBRA	X	
9	ANDRES FELIPE BARRAGAN NAVARRETE	1.000.322.681	AYUDANTE DE OBRA	X	
10	EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA	1.024.483.375	OFICIAL DE OBRA	X	
11	LUIS CARLOS RIVILLO BALLEN	79.387.044	MAESTRO DE OBRA		X
12	FERNANDO MARIN FONTECHA	79.768.568	OFICIAL DE OBRA	X	

COORDINADORES DE ALTURAS AUTORIZADO: EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA

PERSONAL APROBADO COLEGIO SAN ISIDRO SUR - COLEGIO SAN CRISTOBAL SUR
SUBCONTRATISTA: D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	HECTOR JULIO PARRA RAMIREZ	1.069.230.045	OFICIAL DE OBRA	X	
2	HECTOR LIBARDO DUCARA BEDOYA	80.437.757	OFICIAL DE OBRA	X	
3	DANIEL FERNANDO ORTIZ SALAMANCA	1.014.204.834	GERENTE GENERAL	X	
4	MAURICIO CAMACHO REYES	79.211.765	AYUDANTE DE OBRA	X	
5	JESSICA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ	1031152036	GERENTE TECNICO	X	
6	FABIO JAVIER ORTIZ ALBARRACIN	79279184	AYUDANTE DE OBRA		X
7	JUAN PABLO GARCIA ORTIZ	1010246899	INSTALADOR	X	
8	ALEJANDRO LONDOÑO MORENO	79714637	INSTALADOR	X	
9	JHON LUNA	24292720	AYUDANTE DE OBRA	X	
10	AVEL OTALVARO MADRIGAL	1024499702	AYUDANTE DE OBRA	X	
11	JHONATHAN RAFAEL ROJAS ROJAS	1102719975	AYUDANTE DE OBRA		X

COORDINADOR ALTURAS AUTORIZADO: JESSICA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO SAN ISIDRO SUR ORIENTAL
MORALBA SEDE C
SUBCONTRATISTA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	LUIS FERNANDO AMAYA CARVAJAL	74.320.384	MAESTRO DE OBRA		X
2	CRISTIAN FELIPE BETANCUR ARIAS	1.000.463.266	AYUDANTE DE OBRA		X
3	GABRIEL ANGEL BETANCUR GUEVARA	9.993.089	AYUDANTE DE OBRA		X
4	CESAR DAVID ARROYO CAPACHERO	1068819836	AYUDANTE DE OBRA		X
5	BRAYAN ALARCON MORENO	1010231694	OFICIAL DE OBRA		X
6	ANDERSON GUAYACAN SAAVEDRA	1033803772	OFICIAL DE OBRA		X
7	HEINER JHOHAN GUAYACAN SAAVEDRA	1031147699	OFICIAL DE OBRA		X
9	CARLOS MACETO PAREDES	1033725563	OFICIAL DE OBRA		X
10	EDGAR ANTONIO URREA RODRIGUEZ	19435826	MAESTRO DE OBRA		X
11	DANIEL LEONARDO CRUZ LANCHEROS	80818748	AYUDANTE DE OBRA		X
12	HILDEBRANDO AMADOR CUERVO	79856726	MAESTRO DE OBRA		X
13	OMAR ORLANDO LAMBRAÑO	1031163882	AYUDANTE DE OBRA		X
14	JOSE DANIEL JARAMILLO	1033804921	AYUDANTE DE OBRA		X
15	CRISTIAN FELIPE BETANCUR ARIAS	1000463266	AYUDANTE DE OBRA		X
16	SERGIO LUIS VELASQUEZ PRIMERA	1001833211	OFICIAL DE OBRA		X
17	ANDRES FELIPE JIMENEZ PEÑA	1.233.497.064	INSPECTOR DEOBRA		X

PERSONAL APROBADO MORALBA SEDE C
SUBCONTRATISTA: CARLOMAN

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	JADER RAFAEL PALMERA TERNERA	1.065.809.781	MAESTRO DE OBRA		X
2	PEDRO ANTONIO BAUTISTA TAMAYO	1.082.215.346	MAESTRO DE OBRA.		X
3	WILFRIDO JOSE CABALLERO CERVANTES	9.875.986	MAESTRO DE OBRA		X
4	YSAIM MILLAN BLANCO	5.414.951	AYUDANTE DE OBRA		X
5	EDINSON DE JESUS ORTIZ LORA	77.032.256.	AYUDANTE DE OBRA		X

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO: ALTAMIRA SEDE B
ENTRENUBES SEDE A
TOMAS RUEDA SEDE A
JOSE FELIX RESTREPO C
SUBCONTRATISTA: COMET AIKA

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ	1.000.620.154	AYUDANTE DE OBRA		X
2	CRISTIAN CAMILO CASTILLO ROJAS,	1.023.908.209	AYUDANTE DE OBRA		X
3	CRISTIAN JHOAN ACOSTA CELY	1.031.150.274	OFICIAL DE OBRA		X
4	GERARDO LIZARAZO	17.495.081	MAESTRO DE OBRA		X
5	JHON STEVEN TORRES CAGUA	1.023.973.618	AYUDANTE DE OBRA		X
6	JOHAN NICOLAS TENZA MELO	1.002.728.091	AYUDANTE DE OBRA		X
7	JUAN CAMILO CAICEDO CAICEDO	1.111.745.944	AYUDANTE DE OBRA		X
8	AKRAM MACKENZIE CASTILLO DUARTE	1124021607	AYUDANTE DE OBRA		X
9	OMAR YAIR CLEMENTE VASQUEZ	1.003.101.270	OFICIAL DE OBRA		X
10	DICKSON GERMAN JAIME LUIS	1.067.878.341	AYUDANTE DE OBRA		X
11	JULIO DUARTE ORTIZ	19.424.886	AYUDANTE DE OBRA		X
12	CARLOS DANIEL MARIN ACUA	1.003.243.733	AYUDANTE DE OBRA		X
13	RIGOBERTO MARTINEZ	1.033.815.601	OFICIAL DE OBRA		X
14	YERLYS OCHOA GUERRA	84.096.143	OFICIAL DE OBRA		X
15	JEISSON ALEXANDER SANCHEZ CASTIBLANCO	1.024.515.705	OFICIAL DE OBRA		X
16	JHORLEN SEBASTIAN SARRIA RACINES	1.062.323.601	AYUDANTE DE OBRA		X
17	CRISTIAN DAVID TORRES TRUJILLO	1.033.754.084	AYUDANTE DE OBRA		X
18	JONATHAN VASQUEZ CRUZ	1.023.897.604	OFICIAL DE OBRA		X
19	VIVIAN ROCIO CASTRO CASTRO	1.022.330.907	RESIDENTE DE OBRA		X
20	FABIAN ELIAS ORTIZ CARO	1.007.643.019	AYUDANTE DE OBRA		X
21	ARTHUR ALEJANDRO CELY CORREA	80.130.485	OFICIAL ELECTRICO		X
22	MARCELINO RINCON LUCERO	1085176064	OFICIAL DE OBRA		X
23	LUIS CARLOS GÓMEZ PACHECO	1.043.585.73	OFICIAL DE OBRA		X
24	CRISTIAN CAMILO BUENAVENTURA PINZÓN	1012326533	OFICIAL DE OBRA		X
25	SÁNCHEZ PEREA CRISPÍN ARLEY	11936571	OFICIAL DE OBRA		X
26	DELVIS JOSERODRÍGUEZ MORALES	1.004.501.366	AYUDANTE DE OBRA		X
27	DANIEL CAROMA CAPERA	1.108.832.086	AYUDANTE DE OBRA		X
28	JOSE DAVID SANTANA HERNANDEZ	1.007.964.327	AYUDANTE DE OBRA		X
29	JULIO CESAR CONTRERAS GARCIA	19.447.388	AYUDANTE DE OBRA		X

PERSONAL APROBADO COLEGIO NUEVA DELHI
SUBCONTRATISTA: VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS	1.105.791.400	OFICIAL INTALACION	X	
2	LIBARDO RICAURTE RAMIREZ	14.320.293	OFICIAL INTALACION		X
3	JUAN CAMILO MENDEZ LOZADA	1.006.878.412	OFICIAL INTALACION		X

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COMO VISITANTES

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA
1	FREDI ELIECER DIAZ JARA	3.186.006	INGENIERO DE SIGMA	SIGMA SYC
2	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ	1.024.561.771	REPRESENTANTE LEGAL	SIGMA SYC
3	JULY RIVILLO	1.030.578.618	STOR CONSTRUCCIONES	STOR CONTRUCCIONES
4	YONATAN YESID MOTA PEÑUELA	1019099541	INGENIERO	AXN INGENIERIA
5	FEDERICO RIOS SUZUNAGA	1032477748	DELINEANTE	COMET AIKA
6	DANNY JOHANN ASDRUBAL CASTRO BASTIDAS	80850225	ARQUITECTO	COMET AIKA
7	DIANA MAGNOLIA TORRES MARTINEZ	53051298	COOR. SST	COMET AIKA
8	CAROL TATIANA NIETO NIÑO	1032424144	DELINEANTE	COMET AIKA
9	NATHALIA ALEJANDRA CORREDOR MARTINEZ	1054681137	DELINEANTE	COMET AIKA
10	WEIMAR ENRIQUE SASTOQUE VALENZUELA	1032392157	INGENIERO ELECTRICISTA	COMET AIKA
11	EDUAR JABIER ANGARITA SALAMANCA	79537447	OFICIAL ELECTRICISTA	COMET AIKA
12	EDGAR ENRIQUE SASTOQUE DIAZ	79410931	OFICIAL ELECTRICISTA	COMET AIKA
13	JUAN CAMILO ROCHA DIAZ	80076449	INGENIERO	COMET AIKA
14	CARLOMAN RENGFO GARCIA	6213110	SUBCANTRATISTA	CARLOMAN
15	JHOHANNA KATHERINE REINGIFO NOVA	1014254534	SUBCONTRATISTA	CARLOMAN
16	LEONARDO SARMIENTO AMORTEGUI	80114877	CONDUCTOR	COMET AIKA
17	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	79.209.739	CONTRATISTA	CARLOS JULIO GUTIERREZ

PERSONAL APROBADO INGRESO DE VEHICULOS

VEHICULO	PLACA	NOMBRE	CEDULA	CARGO
VOLQUETAS	EQR478	JAIRO ALEXANDER RODRIGUEZ URREA	79.805.094	CONDUCTOR
	AJB925	WILLIAM MARTINEZ BELTRAN	79.255.740	CONDUCTOR
	JAJ907	VICTOR JULIO VILLAGRAN BARRANTES	80.452.768	CONDUCTOR
	SCG827	VICTOR STEVEN VILLAGRAN CORREDOR	1.024.550.105	CONDUCTOR
CAMIONES	AMI006	ESTEBAN DORIA QUINTERO HENRY DORIA SANCHEZ JOSE HELIBERTO GARZON GARZON	1041256394 1041256215 3236483	CONDUCTORES DE LOS CAMIONES
	SZU400			
	WEP388			
	WTF254			
	WFL045	EDILSON EMIRO QUITIAN	1101175074	CONDUCTOR
		NEISON URIEL QUITIAN OSMA	80138327	AYUDANTE
		NEIDER YESID BENAVIDES QUITIAN	1233490706	AYUDANTE
	WFT696	CESAR ALEXIS GONZALEZ NEUTA	79831133	CONDUCTOR

Powered by CamScanner

ANEXO SST-24. REGISTRO DE CHARLAS Y CAPACITACIÓN

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Importancia uso barbuquejo y extintor trabajos en Caliente

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C. San Cristobal Sur FECHA 6 5 2023 DURACIÓN: 7min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construcción
2	Hector Parra	1069230045	OFICIAL
3	Abel otalvaro	1022499702	AyY de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA Capacitación "Actuación en caso de accidente de tránsito"

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
		X		X	
X		X			
				X	

LUGAR San Isidro. FECHA 17 04 23 DURACION 1h

RELACION DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Edgar Ulloa	191135826	oficial
2	Luis Fernando Moya	743203849	inspector de obra
3	Gabriel Betancur	9993069	
4	Alejandro Landazuri	7971637	
5	Juan P. Garcia 2	1010246022	Instalador
6	Cesar Arce/o.	106891486	AV.
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			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

INSTRUCTOR

Fabian Fonseca (11)

Firma del Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Restricción de Contacto. y Comunicación Con personas de Colegio.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C San Cristobal Sur. FECHA 5 5 2023 DURACIÓN: 7min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construcion
2	Hector Parra	1.069230045	OFICIAL
3	Abel otalvaro	1022499707	muy de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de instructor	

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN.

FECHA: 17/04/23

PROYECTO: San Isidro.

TEMA: Actuación en caso de accidente de tránsito.

NOMBRES: Luis Fernando Arroyo
cesar Arroyo
edgar urrea

1) PREGUNTAS: Gabriel Betancur

1.1. Mencione MINIMO 3 recomendaciones a tener en cuenta al hacer uso de las vías según el actor vial:

*CICLISTAS: no utilizar Audífonos cuando este en circulación.
calcular el tiempo adicional que puede tener) accidentes
utilizar luz delantera

*PEATONES: utilizar los cebras y puentes peatonales
Respetar los semáforos
observar en todos los sentidos para evitar accidentes

*MOTOCICLISTAS: no transitar por los ciclorrutas
no deben adelantar a otro vehículo por la derecha
siempre pendiente de las señales directas
Respetar los señales de tránsito

*CONDUCTORES: no estacionarse en lugares prohibidos
no conducir en estado de embriagues

100%

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CODIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

¿Que es el Sistema general de Riesgos laborales? y Restricción de Comunicación y Contacto con personal de colegios

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C. San Cristobal Sur. FECHA 29/4/2023 DURACIÓN: 5 min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de centrucion
2	Hector Parra	1.069230045	OFICIAL
3	Abel otalvaro	1022499702	Muy de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN.

FECHA: 17 Abril 2023

PROYECTO: San Isidro Sur Oriental

TEMA: Actuación en caso de accidente de tránsito.

NOMBRES: John Santana
ALEJANDRO LONDOÑO
JUAN GARCIA
FELIPE JIMENEZ

1. PREGUNTAS:

1.1. Mencione mínimo 3 recomendaciones a tener en cuenta al hacer uso de las vías según el actor vial:

*CICLISTAS:
- Usar reflectivo
- Usar casco
- Circular por zonas autorizadas

*PEATONES:
- Cruzar cebras
- Utilizar puentes peatonales
- respetar los semaforos.

100%

*MOTOCICLISTAS:
- Usar elementos de protección
- Verificar estado del vehiculo
- Respetar señalización vial

*CONDUCTORES:
- Verificar estado de vehiculo
- Respetar señalización vial
- No conducir bajo efectos de sustancias alcoholicas o alucinogenas

98

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C. San Cristobal Sur. FECHA 24/4/2023 DURACIÓN: 7min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construccion
2	Hector Parra	1.069230045	OFICIAL
3	Abel otalvaro	1022499702	Muy de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: "Actuación en caso de accidente de transito"

BIEN	X	TEMAS		CHEQUEO	

LUGAR: Jose J. castro. FECHA: 17 04 23 DURACION: 1h.

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Juan Ramirez	1024 379 272	oficial
2	Jhon Jairo Lamota	1056 872 709	Oficial

INSTRUCTOR

Fabian Loaiza

Firma del instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

El fuego nos puede quitar la vida

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C. San Cristobal Sur. FECHA 21/4/2023 DURACIÓN: 5min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construcion
2	Hector Parra	1.069230045	OFICIAL
3	Abel atalaya	1022499702	AUX de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN.

* FECHA: 17-01-2023
* PROYECTO: Jose J. Castro
* TEMA: Abordaje en caída de accidente de transito.
* NOMBRE: Jhon Jairo Lamota

1. PREGUNTAS:

1.1 Mencione, MINIMO 2 recomendaciones para hacer uso de las vias según el actor vial:

* CICLISTAS = * Utilizar elementos reflectivos
  * Respetar la señales de la ciudad

* Peatones = * * Cruzar siempre las avenidas de alto flujo por la zebra
  * No colarse en sistema de transmilenio y si lo hace hacerlo por el torniquete

* Motociclistas = * Respetar la distancia entre ciclistas y el vehiculo no adelantar por derecha

* Conductores = Respetar las señales de transito y semaforos
  No parquear en lugares no Autorizados

100%

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION. 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Agotamiento por Calor.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C San Cristobal Sur. FECHA 20/4/2023 DURACIÓN: 6min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construcion
2	Hector Parra	1.069230045	OFICIAL
3	Abel otalvaro	1022499702	AUX de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

* FECHA: 17/04/23
* PROYECTO: Jose Joaquin castro
* TEMA: Actuación en caso de accidente de transito
* NOMBRES: Juan Ramirez

1) PREGUNTAS:

1.1 Mencione MINIMO 4 recomendaciones a tener en cuenta para hacer uso de las vias segun el actor vial:

* CICLISTAS: no adelantar carros, no ir a mucha velocidad, Tener casco, chaleco reflectivo.

* PEATONES: no pasarse los semaforos en verde, mirar antes de cruzar avenidas, no colarse en transmilenio, no caminar por la avenida.

* MOTOCICLISTAS: no usar mucha velocidad, respetar los semaforos, no usar el carril para transitar, usar implementos necesarios

* CONDUCTORES: ser prudente con los peatones, dejar el cifan, manejar con precaución, tener en cuenta normas de la via,

100%

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Seguridad Escaleras.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C. San Cristobal Sur. FECHA 19/4/2023 DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construcion
2	Hector Parra	1.069730045	OFICIAL
3	Abel atalaro	1024499707	AUX de obra
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Capacitación de Manejo adecuado del tiempo.

LUGAR: San Isidro. FECHA: 19 04 23 DURACION: 1 h.

RELACION DE PARTICIPANTES

N	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Edgar Ulloa	1943562	oficial
2	Luis Fernando Amaya	2932038 4	maestro de obra
3	Gabriel Betancur	9993084	SS
4	Cesar Acevedo	1068819836	
5	Alejandro londoño	79114637	
6	Juan P. Garcia J	1010246398	Trabajador

INSTRUCTOR: Fabian Toro

OBSERVACIONES / RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL:

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Tipos de actores viales.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros.

LUGAR: C. San Cristobal sur. FECHA: 18 04 2023 DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1003655677	AUXILIAR de construcion
2	Hector Parra	1069230045	oficial
3	Mayr. e.e camacho pay	79911705	Ayudante
4	Abel otalvaro	1024499702	Aux de construccion
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de instructor	

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

* FECHA: 19/04/23
* Proyecto San Pedro.
* TEMA: "Manejo adecuado del tiempo"
* NOMBRES: Felipe Jimenez, Juan García, Alejandro Londoño. Edgar Ome, Luis Angel, Gabriel Betancur.

1) PREGUNTA.

1.1 Cada trabajador debe mencionar 1 síntoma de una mala organización y un mal empleo del tiempo.

Rta. *

* Mal Humor y estres. ✓
* Cansancio permanente ✓
* Resfriado o gripa continua. ✓
* Atraso en actividades ✓
* comunicación deficiente ✓

5/5

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: inhalación pasiva humos/vapores

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: C. San cristobal sur. FECHA 17 04 2023 DURACIÓN: 5min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON LUNA	1093555777	AUXILIAR de contrucion
2	Hector Parra	1.064 230 045	oficial
3	Mauricio Comacho Perez.	72211765	Ayudante
4	Abel alvaro	1024499702	AUX de construcción
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de instructor	

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Capacitación manejo adecuado del tiempo

MARCAR CON "X"

DIA	X	TEMAS	X	CARGO	X

LUGAR: Jefe J. Apto. FECHA: 19 04 2019 DURACION: 1h.

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Juan Ramirez	1024.379.272.	oficial
2	Jhon Jairo Larrota	1066709572	Oficial
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

FIRMA DE INSTRUCTOR

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner