ANEXO 2.P – INFORME SOCIAL

Informe Consorcio Estabilización Vial – Mes de Agosto

Descripción de las actividades del plan de acción de interventoría

- **Desarrollo del programa 1**

Durante el periodo de tiempo comprendido del 1 al 31 de Agosto 2022. El área social del consorcio Estabilización Vial reportó diferentes actividades de acercamiento comunitario con las comunidades de las veredas Tunal Alto, Tunal Bajo y La Unión con el fin de brindar información sobre las implicaciones técnicas, sociales o ambientales, así mismo, dar a conocer el proyecto a ejecutar **(ANEXO 1)**

- **Desarrollo del programa 2**

Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01 al 31 de Agosto 2022. El área social del consorcio Estabilización Vial se lleva a cabo con la comunidad, la divulgación de piezas informativas sobre actividades específicas desarrolladas por parte del consorcio.

Piezas de información o comunicados.

Se realiza volante de invitación a la socialización del "CONTRATO PARA LA EJECUCIÓN DE OBRAS HIDRÁULICAS Y MUROS GAVIONES PARA EL PROYECTO " MEJORAMIENTO DE VIAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ", DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS - SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020 (San Antonio II (K6+910-K0+000), Unión Tunales y Animas Bajas)." El cual tenía como finalidad Invitar a la comunidad beneficiada por este proyecto a conocer las actividades puntuales que realizaremos para mejoras la movilidad y la calidad de vida de los habitantes de la localidad SUMAPAZ Tramo La Unión - Tunales.

Piezas de Información del Plan de Manejo de Tráfico - PMT.

Desde el 1 al 31 de Agosto se realiza por medio de del WhatsApp, en puntos de formación, con las Juntas de acción comunal la difusión de un volante informativo el cual s ele informa que durante seis meses de ejecución del proyecto se realizaran cierres en la vía. **(ANEXO 2)**

- **Desarrollo del programa 3**

Punto CREA

Con el ánimo de crear estrategias de acercamiento con las comunidades y la población en general presentes en el área de influencia directa, el proyecto ha establecido oficina de Servicio de Atención a la Comunidad.

La oficina de Atención a la Comunidad, Permanecerá disponible y abierto durante toda la fase constructiva hasta la recuperación de las áreas intervenidas, es decir hasta la última actividad de obra programada, la Atención a la Comunidad se realiza en la oficina está ubicada en la vereda la Unión Tunales, Hotel Villa Paula, los días lunes y miércoles, en el horario de 7:00 am a 12:00 pm. Correo Electrónico: consorcioestabilizacionvial@gmail.com - Teléfono 3008212551.

La atención a la comunidad está a cargo del profesional Social **Alexander Beltrán,** quien llevara el registro de toda diligencia en el formato de atención PQRS de esta manera atender los requerimientos de la comunidad.

Además de estas actividades de atención a la comunidad, constante y permanentemente se hace recorrido por los diferentes puntos de trabajo en las veredas tunal alto y tunal bajo, para preguntarle a personas de la comunidad/propietarios de las viviendas aledañas a la intervención de las vías, como van con la realización de las labores y si han tenido algún tipo de dificultad. A la fecha no se han atendido PQRS por parte de la comunidad.

Desarrollo del programa 4

En este periodo el Consorcio Estabilización vial, con el fin de informar a las comunidades de áreas de influencia directa y demás actores que se puedan ver impactados a nivel socioeconómico, ambiental por la ejecución de las obras. Desde el área social aborda a las comunidades de las veredas La unión Tunales, tunal alto, tunal bajo, para cualquier situación que afecte el desarrollo de las actividades cotidianas de la obra.

Desarrollo del programa 5

Se ha venido realizando la convocatoria laboral de mano de obra no calificada que corresponde a las veredas Tunal Alto o Tunal Bajo o veredas aledañas con el fin de involucrar a la comunidad con el proyecto en ejecución.

Desarrollo del programa 6

Se realiza el reporte de las actas de vecindad firmadas durante el mes de abril ya que se suscribe el proyecto en el mes de marzo del presente año donde fueron adelantado estas actividades antes del acta de inicio de ejecución de obras la cual firmada el día 18 de julio del 2022. **(**

Anexos referentes a la gestión del contratista

Anexo 1

FECHA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	LUGAR
18 de Agosto 2022	Socialización del proyecto	Se socializa y explica las características del proyecto, del área Técnica, Ambiental, Social, SST, y los tramos a intervenir	La Unión Tunales

Anexo 2

FECHA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÒN	LUGAR
16 Agosto 2022	Diseño de volante informativo Reunió de Inicio	Se diseña volante informativo, para socializar el proyecto con las comunidades	La Unión Tunales
17 Agosto 2022	Entrega de volantes informativo Reunión de inicio	Se entregaron 41 volante para la Reunión de Inicio del Proyecto	La Unión Tunales, Tunal Bajo

ANEXO 2.Q – INFORME AMBIENTAL 6 SST

ECOVIAS S.A.S.
DESDE 1973 HACIENDO INGENIERÍA DE CONSULTA

Carrera 45 Nº 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890104.625-1

INFORME DE GESTIÓN AMBIENTAL DE INTERVENTORÍA

JEFFERSON HARRY LOPEZ MORENO
ESPECIALISTA AMBIENTAL DE INTERVENTORÍA
ECOVIAS S.A.S

JEFFERSON HARRY LOPEZ MORENO
Coordinador ambiental de interventoría

DATOS GENERALES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA

CONTRATO	No - CIN-REGALÍAS-161-2022
TIPO DE CONTRATO	INTERVENTORÍA.
OBJETO DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA	Realizar la interventoría técnica, administrativa, financiera, ambiental, social y jurídica a la ejecución del proyecto "MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTA" con código BPIN "2018000050020" financiados con recursos del Sistema General de Regalías-SGR
NOMBRE DEL CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	ECOVIAS S.A.S
PLAZO DE EJECUCIÓN	Once meses – (11)
CONTRATO No	479 del 10/02/2022
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	Contrato para la ejecución de obras Hidráulicas y Muros Gaviones para el proyecto "MEJORAMIENTO DE VIAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ", del SISTEMA GENERAL de REGALÍAS - SGR identificado con código BPIN 2018000050020".
GRUPO 2: CONTRATO PARA LA EJECUCIÓN DE OBRAS HIDRÁULICAS Y MUROS GAVIONES PARA EL PROYECTO " MEJORAMIENTO DE VIAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ", DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS - SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020 (San Antonio II (K6+910-K0+000), Unión Tunales y Animas Bajas.)	
PERÍODO.	**AGOSTO DE 2022.**

TABLA DE CONTENIDO

DATOS GENERALES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA.....1
1. INFORMACIÓN GENERAL 3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO. 3
1.2 ANTECEDENTES.....3
1.3 OBJETO DEL PROYECTO.....4
1.4 ALCANCE DEL OBJETO.....4
1.5 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO:.....5
1.5.1 UBICACIÓN DE LOS TRAMOS DEL PROYECTO. 5
1.5.2 JURISDICCIÓN EL TERRITORIO CAR EN LOS MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ RURAL.....6
1.5.3 COORDENADAS UBICACIÓN DE LOS TRAMOS DEL PROYECTO.....6
1.5.4 ESTADO ACTUAL DE LA MALLA VIAL.....7
2. OBJETIVOS. 8
2.1 GENERAL. 8
2.2 ESPECÍFICOS. 8
3. GESTIÓN AMBIENTAL EN OBRA. 9
3.1 PROGRAMA DE MANEJO AMBIENTAL.....9
3.1.1 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y/O CHARLAS AMBIENTALES. 9
3.1.2 MANEJO DE MAQUINARIA Y EQUIPO. 9
3.1.3 MANEJO DE CAMPAMENTO DE OBRA. 10
3.1.4 MANEJO DE MATERIAL DE EXCAVACIÓN Y RCD. 11
3.1.5 CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS. 11
3.1.6 MANEJO INTEGRAL DE CUERPOS DE AGUA Y CANALIZACIONES. 12
3.1.7 MANEJO DEL DESCAPOTE Y COBERTURA VEGETAL. 12
3.1.8 MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN. 12
3.1.9 MANEJO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS CONVENCIONALES Y PELIGROSOS. 13
3.1.10 PROYECTO PROTECCIÓN AL PATRIMONIO ARQUEOLÓGICO Y CULTURAL. 13
3.1.11 CUMPLIMIENTO REQUERIMIENTOS LEGALES. 13
3.1.12 MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS LÍQUIDOS, DOMÉSTICOS E INDUSTRIALES 13
4. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....14

1. INFORMACIÓN GENERAL.

En el presente informe se reporta el seguimiento a la gestión y/o actividades desarrolladas por el contratista de obra en relación a los contratos correspondientes al Grupo 2:

- CONTRATO DE OBRA PUBLICA Nº 479 DEL 10/02/2022**.**

1.1 **DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.**

1.2 **ANTECEDENTES.**

La localidad de Sumapaz está ubicada sobre la Cordillera Oriental, allí tiene lugar el Parque Nacional Natural Sumapaz, su extensión es de 154.000 hectáreas con alturas sobre el nivel del mar que oscilan entre 1.500 y 4.360 metros y temperaturas entre 2 y 19 grados centígrados, las veredas de la localidad se intercomunican entre sí y con la zona urbana de Bogotá mediante una red de vías carreteables y peatonales. El transporte de los productos de la región se realiza a lomo de mula, salvando grandes distancias hasta donde pueden ser embarcados en vehículos. La localidad está ubicada en zona del páramo más grande del mundo lo que hace que la pluviosidad sea alta en gran parte del año y esto influye en la disminución de visibilidad y exige precaución en la conducción de vehículos, las alturas de la localidad sobre el nivel del mar varían entre 2200msnm y 3900msnm en las vías de la localidad.

La Localidad de Sumapaz tienen una red vial rural en regulares condiciones con superficie de afirmado en regular estado, las vías de la localidad cuentan con anchos variables de 4,50 hasta 7mts en promedio y con mínimas obras de arte que considerando que el mantenimiento de vías es altamente oneroso, frente a los presupuestos locales, la SDP-IDU consideran que es pertinente adelantar intervenciones a nivel de mantenimiento vial, con lo cual se pretende mejorar las condiciones de transporte de productos agrícolas generados en la región, trasporte de comunidad en general y una fácil accesibilidad escolar.

1.3 **OBJETO DEL PROYECTO**.

El principal objeto del proyecto es “MEJORAR LA INTERCOMUNICACION Y ACCESIBILIDAD TERRESTRE DE LOS HABITANTES RURALES DE LA LOCALIDAD DEL SUMAPAZ”.
Las obras buscan lograr beneficios económicos y sociales, originados en los ahorros en tiempo para los usuarios de la región, en costos de operación de vehículos y, mayor oportunidad y calidad de los productos agrícolas y agroindustriales de dichos municipios.

1.4 **ALCANCE DEL OBJETO.**

CONTRATO PARA LA EJECUCIÓN DE OBRAS HIDRÁULICAS Y MUROS GAVIONES PARA EL PROYECTO " MEJORAMIENTO DE VIAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ", DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS - SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020

Descripción de los tramos a intervenir para los Grupos 1 y 2

N° del Grupo	Objeto del Proyecto del Grupo	Plazo del Contrato	Lugar(es) de Ejecución del contrato
GRUPO 1	Construcción de las obras hidráulicas y gaviones	11meses (2 meses preconstrucción Más 9 meses construcción y entrega)	San Antonio I (K13+820- K6+910) Capitolio Laguna verde
GRUPO 2	Construcción de las obras hidráulicas y muros en gaviones	11meses (2 meses Preconstrucción Más 9 meses construcción y entrega)	San Antonio II (K6+910- K0+000) Unión Tunales Animas Bajas

Fuente: Anexo Técnico.

N° TRAMO	NOMBRE DE TRAMO	COMISIÓN	LONGITUD TRAMO
9	San Antonio I	**GRUPO I**	6.910,00 m
6	Capitolio		4.555,48 m
7	Laguna verde		2.958,65 m
LONGITUD TOTAL ASIGNADA A GRUPO I			**14.424,13 m**
9	San Antonio II	**GRUPO II**	6.910,00 m
1 a 5	Unión Tunales		5.466,46 m
8	Animas Bajas		1.870.00 m
LONGITUD TOTAL ASIGNADA A GRUPO II			**14.246.46 m**

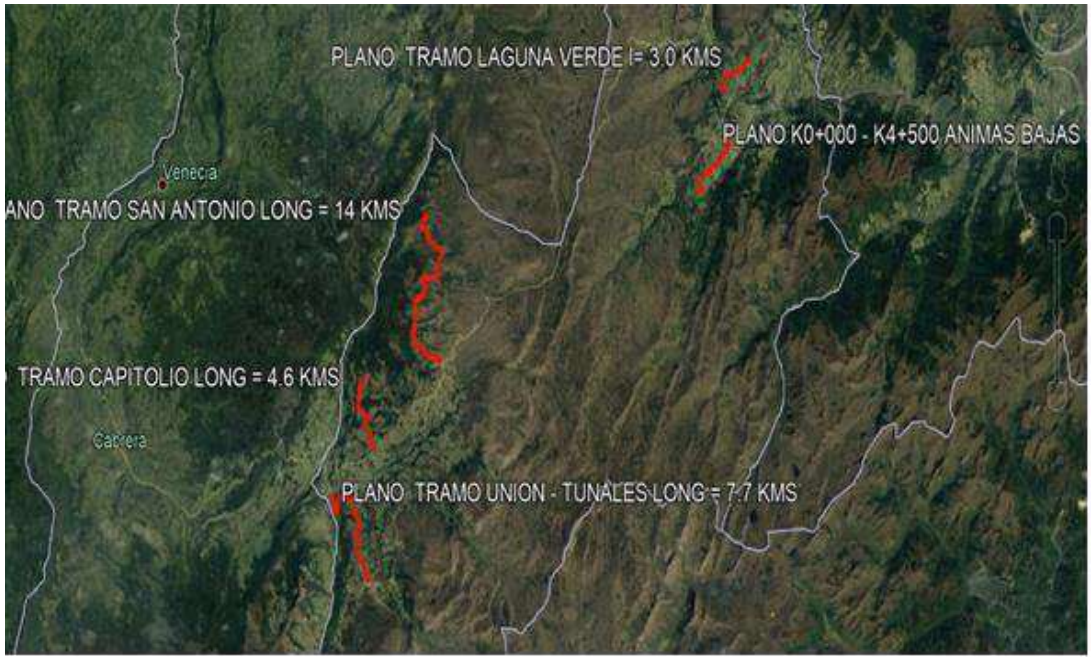
Fuente: Anexo Técnico.

1.5 **Localización del proyecto**:

El lugar de ejecución del contrato es en la ciudad de Bogotá D.C., localidad 20 (Sumapaz). La localidad de Sumapaz se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Bogotá, con los siguientes límites:

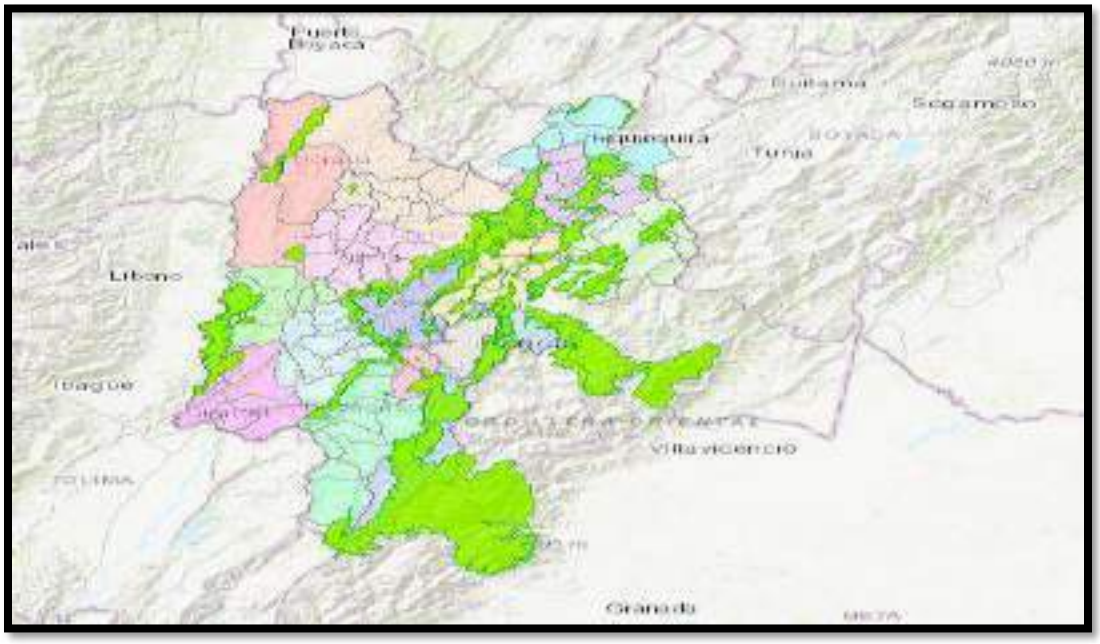
- **Por el Norte**: con la localidad de Usme, Bogotá D.C.
- **Por el Sur**: con el Departamento de Huila.
- **Por el Oriente**: con los municipios de Chipaque, Une, Gutiérrez del departamento de Cundinamarca y San Juan de Cubarral en el departamento del Meta.
- **Por el Occidente**: con los municipios de Pasca, Arbeláez, San Bernardo y Cabrera del departamento de Cundinamarca.

1.5.1 Ubicación de los tramos del proyecto.



Fuente: Anexo Técnico.

1.5.2 Jurisdicción el territorio car en los Municipios de Cundinamarca y Bogotá rural.



Fuente: *https://www.car.gov.co/vercontenido/2430*

1.5.3 Coordenadas ubicación de los tramos del proyecto**.**

TRAMO	LONGITUD (m)	Coordenadas eje inicio		Coordenadas eje fin	
		ESTE	NORTE	ESTE	NORTE
1. Unión Tunales	940	71.323,05	28.973,98	70.263,94	31.071,71
2. Unión Tunales	2042,66	70.267,12	31.082,64	69.538,72	32.345,68
3. Unión Tunales	250	69.443,88	32.324,65	69.209,96	32.342,85
4. Unión Tunales	703,8	69.292,34	32.444,70	68.757,63	32.113,11
5. Unión Tunales	1530	68.746,24	32.006,96	68.433,47	32.290,91
8. Animas bajas	1870	89.909,19	51.357,74	88.350,20	48.633,31
9. San Antonio II K6+910 - K0+000	6910	74.127,41	38.986,50	71.879,91	45.974,27

1.5.4 Estado actual de la malla vial.

La extensión total de la malla vial de la localidad es de 357,25 km-carril (incluye rural principal y no principal), la cual se categoriza de la siguiente manera:

Bueno Km-Carril	Regular Km-Carril	Malo Km-Carril	Total Km-Carril
28.32	113.02	215.92	357.25

Fuente: Anexo Técnico

Malla vial rural principal cuenta con una extensión total de 222,96 km-carril donde solo 18,94 km-carril, se encuentran en buenas condiciones, lo cual corresponde al 9% del estado total de la malla vial.

2. OBJETIVOS.

2.1 **General**.

Presentar el informe de gestión ambiental correspondiente a las actividades constructivas contempladas en los contratos de obra No 479 del 10/02/2022 conforme a los programas aprobados en el documento Plan de Adaptación de la Guía Ambiental - PAGA – INVIAS-

- GRUPO 2 CONTRATO PARA LA EJECUCIÓN DE OBRAS HIDRÁULICAS Y MUROS GAVIONES PARA EL PROYECTO " MEJORAMIENTO DE VIAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ", DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS - SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020 (San Antonio II (K6+910-K0+000), Unión Tunales y Animas Bajas.)

2.2 **Específicos**.

- Supervisar las actividades ambientales ejecutadas por el contratista de obra en desarrollo de los programas del PAGA.
- Revisar y dar concepto a los informes ambientales remitidos por el contratista de obra.
- Verificar el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente por parte del contratista de obra.
- De acuerdo al seguimiento realizado del PAGA, presentar el informe de seguimiento a los programas ambientales implementados por el contratista de obra.

3. GESTIÓN AMBIENTAL EN OBRA.

3.1 PROGRAMA DE MANEJO AMBIENTAL.

3.1.1 Programa de capacitación y/o charlas ambientales.

Durante el desarrollo de las actividades constructivas correspondientes a los períodos relacionados en el presente informe, el contratista impartió charlas al personal de obra en diferentes temas ambientales:

- Manejo de flora y fauna.
- Protección de materiales.
- Circulación de maquinaria.
- Otros.

Las charlas se realizaron en los frentes de obra.

3.1.2 Manejo de maquinaria y equipo.

De acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA**, se relaciona el listado de maquinaria, y análisis de indicadores de seguimiento:

CANTIDAD	TIPO DE MAQUINARIA	MARCA	ACTIVIDAD
2	Retro excavadora	Kubota U50-5	Excavación de filtros
1	Retro excavadora	Hitachi X135US-E	Excavación de filtros y alcantarilla
1	Minicargador	CASE- SR200	Relleno para filtros

$$\%\ \boldsymbol{de\ controles} = \frac{\boldsymbol{Número\ de\ controles\ de\ maquinaria\ y\ equipos\ realizados} \times \mathbf{100}}{\boldsymbol{Número\ total\ de\ controles\ programados}}.$$

$$\%\ \boldsymbol{de\ controles} = \frac{4 \times \mathbf{100}}{4} = \mathbf{100}\%$$

	
Descripción: Excavación para instalación de filtros y construcción de alcantarilla	

Respecto al a relación de los equipos y/o maquinaria utilizada por el contratista, donde se verifique el cumplimiento de las actividades descritas en el plan de mantenimiento presentado por el contratista y aprobado por la interventoría de acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA** este componente no aplica para el período.

Se remite por parte del contratista la siguiente documentación:

- Manual del operario – Excavadora.
- Manifiesto de importación de la máquina.
- Tarjeta de registro de maquinaria.

3.1.3 Manejo de campamento de obra.

Como parte de los requerimientos contemplados para la ejecución de las obras, la interventoría pudo verificar / constatar que el contratista de obra mantiene acondicionado como oficina una parte del Hotel Villa Paula, que cuenta con los servicios públicos necesarios para su funcionamiento, además del internet, también cuenta con la camilla, botiquín, extintor, punto de hidratación y dos baños diferenciados por género.

	
Descripción: Oficina del contratista de obra acondicionada en el Hotel Villa Paula.	

$$\frac{\textbf{No. Campamentos manejados correctamente}}{\textbf{No. Campamentos establecidos}} \quad \textbf{X 100}$$

$$\%\ \boldsymbol{de\ controles} = \frac{\mathbf{1 \times 100}}{\mathbf{1}} = \mathbf{100\%}$$

3.1.4 Manejo de material de excavación y RCD.

De acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA** "Control del aprovechamiento de los Residuos de Construcción y Demolición -RCD"

Para el período, el material proveniente de excavación fue dispuesto por el contratista de obra en el sitio de disposición final la MANAS.

$$\%\ \boldsymbol{Disposición\ de\ RCD} = \frac{\boldsymbol{m3\ de\ RCD\ dispuestos\ durante\ el\ periodo} \times \mathbf{100}}{\boldsymbol{m3\ de\ RCD\ generados\ durante\ el\ periodo}}$$

$$\%\ \boldsymbol{Disposición\ de\ RCD} = \frac{\mathbf{1065 \times 100}}{\mathbf{1065}} = \mathbf{100\%}$$

3.1.5 Control de emisiones atmosféricas.

Para el control/prevención de material particulado, los materiales pétreos y el material proveniente de excavación que es almacenado en los centros de acopio, son cubiertos con plásticos. Los conductores de volquetas o camiones que transportan material a la obra, se solicita que no pueden transitar a una velocidad mayor a los 30 km/h con el fin de evitar la emisión/dispersión de materia particulado.

	
Descripción: Material de excavación cubierto con plástico para evitar dispersión de material particulado.	

3.1.6 Manejo integral de Cuerpos de Agua y Canalizaciones.

Durante el período el contratista NO ejecutó actividades de limpieza (instalación de filtros), no descargas hídricas, por lo cual el programa no aplica para este período.

3.1.7 Manejo del descapote y cobertura vegetal.

De acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA**.

"Manejo de vegetación, si aplica para el contrato"

Para el presente período, no se evidenciaron especies vegetales a intervenir (tala y poda) en el área del proyecto, por lo cual no se realizaron actividades de aprovechamiento de vegetación.

3.1.8 Manejo de materiales de construcción.

De acuerdo al numeral 5 del ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA.

"*Control de materiales y copia de los correspondientes certificados de adquisición de todos los materiales empleados en el mes dentro de la obra*".

En cuanto al control de materiales que fueron empleados al interior del proyecto, se relaciona la cantidad de material pétreo que el contratista iongresó al proyecto, con su indicador.

MATERIAL	CANTIDAD -m^3	PROVEEDOR
Arena	105	Máquinas Amarillas S.A.S
Grava	149	
Piedra para filtro	1260	
Recebo	660	
Piedra para filtro	1260	Constriturar SAS

$$\frac{\textit{Número de proveedores de materiales pétreos con permisos}\ \mathbf{X}}{\textit{Número de proveedores totales de materiales pétreos}} = 100\%$$

$$\frac{2 \times 100}{2} = 100\%$$

3.1.9 Manejo y disposición final de residuos sólidos convencionales y peligrosos.

Durante el período no se generaron desechos peligrosos ni especiales. Los residuos ordinarios que se generan en su mayoría son de tipo convencional los cuales se recogen en bolsas plásticas.

3.1.10 Proyecto Protección al Patrimonio Arqueológico y Cultural.

Durante el período no se realizaron hallazgos de elementos arqueológicos que se tuvieran que reportas ante el ICANH.

3.1.11 Cumplimiento requerimientos legales.

De acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA.**

"Relación del número de licencia ambiental y/o permiso ambiental y/o pin ambiental".

Para este período no se cuenta con licencias o permisos ambientales para el proyecto.

3.1.12 Manejo integral de residuos líquidos, domésticos e industriales

De acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA**

"Copia de la certificación de mantenimiento periódica de los baños móviles, anexando copia del permiso de vertimientos vigente expedido por la autoridad ambiental competente".

Para el presente período no aplica este programa.

De acuerdo al numeral 5 del **ANEXO 1 — ANEXO TÉCNICO INTERVENTORÍA.**

Calificación del componente de gestión Ambiental y SST, fichas de seguimiento de labores ambientales.

El seguimiento a las labores ambientales se detallan en cada componente del presente informe con su respectivo indicador, de igual forma, se relacionan los componentes del Anexo 1.- Anexo téncnico de Interventoría con los programas que le sean aplicables para dar cumplimiento al requerimiento contractual.

4. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

- Para el presente período los controles realizados a la maquinaria fueron pocos (solo 2 preliminares), ya que apenas se daba inicio a las actividades.
- Para el período del presente informe, el material generado de las excavaciones se encuentra dispuesto en los centros de acopios temporales, el mismo será dispuesto una vez se complete el volumen o totalidad de material para poder programar el transporte hasta el sitio de disposición final.
- Para este período no se realizaron intervenciones de especies vegetales (poda y tala), por lo cual no fue necesario gestionar permisos de aprovechamiento forestal ante la autoridad ambiental competente.
- Para este período se protegieron con plástico los materiales de construcción que se encuentran a un costado de la vía para evitar la emisión de material particulado.
- Se hace claridad, en que por temas constructivos se hace necesaria el acopio temporal de los materiales a un costado de la vía a intervenir, toda vez que por temas de manejo no se puede recoger/trasladar el material y regresarlo nuevamente al sitio de trabajo, esta situación pondría en dificultades las labores constructivas pro ello es necesario dejarlo debidamente cubierto y demarcado.
- El seguimiento a las actividades ambientales de interventoría se detalla en cada componente del presente informe con su respectivo indicador, así mismo,se relacionan los componentes del **Anexo 1.- Anexo téncnico de Interventoría** con los programas que le sean aplicables para dar cumplimiento al requerimiento contractual.

ECOVIAS S.A.S.
DESDE 1973 HACIENDO INGENIERÍA DE CONSULTA

Carrera 45 N° 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890.104.625-1

UMV

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL

CONTRATO DE INTERVENTORÍA DE OBRA PÚBLICA DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE CIN-REGALÍAS-161-2022

FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ Y ECOVIAS S.A.S. "MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ" CON CÓDIGO BPIN "2018000050020" FINANCIADO CON RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS SGR.

INFORME SST MENSUAL
#2
DE INTERVENTORÍA

Periodo:

Del 1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO de 2022

Elaborado por:
LINDYS DEL CARMEN COLON CARRILLO

CONTRATO DE INTERVENTORÍA DE OBRA PÚBLICA DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE CIN-REGALÍAS-161-2022
FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ Y ECOVIAS S.A.S.

Contenido

1 INTRODUCCIÓN

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL DE LA GESTIÓN DE SST DE LA INTERVENTORIA

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA GESTIÓN DE INTERVENTORIA DE SST

3. CAPACITACIONES E INDUCCIONES
4. PERMISOS DE TRABAJOS
5. MANEJO DE AGUAS RESIDUALES, ORDEN Y ASEO
6. AISLAMIENTO DE LA OBRA Y SEÑALIZACIÓN
7. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
8. HIDRATACIÓN EN OBRA
9. HUMECTACIÓN EN OBRA
10. INSPECCIONES PREOPERACIONALES DE MAQUINARIA Y EQUIPOS
11. AFILIACIONES Y DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL
12. EXÁMENES OCUPACIONALES
13. REPORTES DE ACCIDENTE
14. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PLANES DE CONTINGENCIA
15. GESTION DE LA INTERVENTORIA
16. CONCLUSIONES

Carrera 45 N° 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890.104.625-1

1 INTRODUCCIÓN

Las obras de infraestructura generan importantes impactos en el ambiente y la seguridad de la población en general que deben ser regulados a través del sistema de gestión integrado de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente, el cual está fundamentado en el cumplimiento de la legislación en materia de seguridad. Por otro lado, la calidad de vida, salud física y mental del trabajador el desarrollo personal y social, son promovidas a través del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, implementado durante todas las etapas constructivas del proyecto de obra, de igual forma, las prácticas de control, prevención, mitigación y/o compensación de los múltiples impactos ambientales y de seguridad generados, durante los procesos constructivos. Los cuales deben ser generados y ejecutados por el contratista mediante el plan de seguridad y medio ambiente.

Todas las personas vinculadas de manera directa (contratista, subcontratista, entre otros) o indirecta (comunidad del sector) a una obra de construcción, presentan algún tipo de riesgo relacionado con lesiones, incidentes, accidentes y enfermedades, esto relacionado a los efectos nocivos de la contaminación ambiental que se pude generar como consecuencia de las actividades de la obra, representan un alto grado de influencia de un proyecto constructivo en zonas urbanas. Por lo anterior, es de gran importancia tomar las medidas preventivas que ayuden a la integridad de la comunidad, dar cumplimiento a las buenas prácticas en obra, generar consciencia en el trabajador y la comunidad sobre el autocuidado

Cabe resaltar que se debe realizar seguimiento a cada una de las etapas constructivas, desarrollando las herramientas de control que garanticen el cumplimiento de las obligaciones del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

En el presente documento se relacionan las actividades que se han desarrollado como parte de los controles y seguimientos que efectúa la interventoría a la seguridad y salud en el trabajo en la obra. El informe tiene como objetivo presentar el trabajo conjunto del contratista y la interventoría en pro del manejo de la seguridad en obra y de la conservación del medio ambiente laboral.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL DE LA GESTIÓN DE SST DE LA INTERVENTORIA

Vigilar, controlar y apoyar de forma eficaz y oportuna las acciones de seguridad y salud en el trabajo que lleve a cabo el contratista de obra.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA GESTIÓN DE INTERVENTORIA DE SST

- Realizar seguimiento continuo a lo largo del proyecto y reportar sobre los avances y los resultados de la aplicación del Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- Realizar seguimiento al contratista sobre el pago oportuno de las prestaciones sociales del personal empleado en la ejecución de la obra, dentro de los periodos y plazos estipulados por la ley.
- Verificar que se mantengan o mejoren las condiciones laborales para los trabajadores de la obra.
- Mejorar las condiciones laborales para los trabajadores de la obra.

Carrera 45 N° 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890.104.625-1

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL CONTRATISTA

A continuación, describiremos los principales aspectos de seguridad y salud en el trabajo, relacionadas con las labores realizadas por el contratista durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto y 30 de agosto del 2022:

3. CAPACITACIONES E INDUCCIONES

El contratista Consorcio Gaviones 95, para el presente período cumplido entre el 1 de agosto y 30 de agosto de 2022, continúa presentando cumplimiento en la realización de inducciones y charlas de seguridad al personal que se encontraba laborando o tuvo ingreso en el periodo cumplido ver anexo S1.

Fecha	Tema	Cantidad de asistentes
01/08/2022	Socializacion personal HSEQ normas de seguridad del proyecto	5
02/08/2022	Socialización hidratación en el preoyecto	7
05/08/2022	Socialización ATS – Actividades excavación	5
08/08/2022	Socialización ATS	4

4. PERMISOS DE TRABAJO

Para este periodo el CONSORCIO GAVIONES 95, continua sin la realización actividades que le generaran o requirieran del diligenciamiento de permisos de trabajos.

5. MANEJO DE AGUAS RESIDUALES, ORDEN Y ASEO

3.3.1 Propósito

El CONSORCIO GAVIONES 95, continúa ejecutando para el presente periodo actividades de orden y aseo en obra, sin embargo, no presento soportes en los informes.

6. AISLAMIENTO DE LA OBRA Y SEÑALIZACIÓN

Durante este periodo el contratista Consorcio Gaviones 95, realizo y mantuvo la demarcación preventiva en los lugares de trabajo.





7. Dotación y elementos de protección personal

Durante el periodo reportado, el contratista presento evidencia de la entrega y uso de la dotación y elementos de protección personas a sus colaboradores. ver anexo S2



Visualización uso de los elementos de protección personal y dotación.

Carrera 45 N° 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890.104.625-1

8. HIDRATACIÓN EN OBRA

Consorcio Salinas, para este periodo se evidencio en campo la entrega de hidratación a los trabajadores.

9. HUMECTACIÓN EN OBRA

El contratista Consorcio Gaviones 95, continua sin requerirse la realización de humectaciones en los frentes de obra para mitigaciones de factores de riesgos de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.

10. INSPECCIONES PREOPERACIONALES DE MAQUINARIA Y EQUIPOS

El contratista Consorcio Gaviones 95, presento evidencia de la realización o diligenciamiento de los preoperacionales de la maquinaria disponible en obra durante el periodo relación que se describe a continuación: ver anexo S3

CANTIDAD	MAQUINARIA	MARCA	REFERENCIA	ACTIVIDAD
2	Excavadora	Kubota	U50-5	Excavación de filtros
1	Excavadora	Hitachi	ZX135US-E	Excavación de filtros y alcantarilla
1	Minicargador	CASE	SR200	Relleno para filtros





11. FILIACIONES Y DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Para el periodo evaluado, el contratista presento los soportes de afiliación a seguridad social para el ingreso de los trabajadores a obra. ver anexo S4

LISTADO DE PERCONAL CEV		
NOMBRE Y APELLIDO	**CEDULA**	**CARGO**
Reinel Rangel morales	7.060.365	Residente de obra
Alexander enrique Beltrán	85.470.914	Profesional social
Carlos Alberto lagos Gutiérrez	79.233.896	Operario de maquina
Nelson pulido pedreros	79.896.370	Topógrafo
Jonathan sneyder sosa rivera	1.106.895.523	Cadenero
Lina marcela guzmán	1.069.726.685	Auxiliar operativa
Flor Emilse Villalba	1.012.409.264	Auxiliar operativa

LISTADO DE PERCONAL SUBCONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO	**CEDULA**	**CARGO**
Gabriel cruz guzmán	3.125.441	ayudante de obra
Juan José González	1.003.486.851	ayudante de obra
Libardo guzmán cruz	81.740.637	Ayudante de obra
Jimmy Alejandro Cifuentes Barbosa	1.003.486.690	Ayudante de obra
Jorge Alejandro Penagos Melo	1.069.740.813	Ayudante de obra
Rene rey polo	1.069.768.645	Ayudante de obra
Luis Alberto polo rojas	3.125.343	Ayudante de obra
Reinel Villalba Ardila	1.069.760.036	Ayudante de obra
Javier morales Cifuentes	80.779.623	Ayudante de obra
Brayan Daniel Jaramillo ríos	1.095.828.271	HSEQ
Jon Jairo moreno	1.069.752.249	Ayudante de obra
Yerson Andrey Penagos pavón	1.069.230.827	Ayudante de obra
Oto Daniel robles	1.069.231.321	Ayudante de obra
Osnayder rojas	1.003.486.689	Ayudante de obra
Arnolso Melo	31.080.157	Ayudante de obra
Leónidas Castañeda	3.027.428	Ayudante de obra

LISTADO DE PERCONAL MAQUINAS AMARILLAS SAS.		
NOMBRE Y APELLIDO	**CEDULA**	**CARGO**
Gerardo Wilches	79.114.305	Operario de maquina
Heriberto Palencia cardona	1.144.027.247	Operario de maquina
Evelino Perdomo Vargas	4.900.534	Operario de maquina
Leonardo tejedor Aguilar	1.055.552.094	Conductor de volqueta
Daniel Alberto González	1.032.419.614	Ingeniero apoyo administración

Carrera 45 N° 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890.104.625-1

12. EXÁMENES OCUPACIONALES

El contratista Consorcio Gaviones 95, para el presente periodo evaluado continúa reportando o entregando de los soportes de realización de exámenes ocupacionales de ingreso. ver anexo S5

13. REPORTES DE ACCIDENTE

Para este periodo evaluado el contratista Consorcio Gaviones 95, no presento ningún tipo de accidente de trabajo, asimismo no hizo entrega de los indicadores de accidentabilidad.

14. PLAN DE GESTION DE RIESGOS (PLAN DE EMERGENCIA)

El contratista Consorcio Gaviones 95, para este periodo no ha hecho entrega del plan de emergencias que se ejecutara en el proyecto.

15. ESTION DE LA INTERVENTORIA.

Consorcio Estabilización Vial., en su calidad de interventoría durante el periodo evaluado continúa exigiendo el cumplimiento de las normas de seguridad y medio ambiente en obra.

Elaborado por. LINDYS DEL CARMEN COLON CARRILLO

ECOVIAS S.A.S.
DESDE 1973 HACIENDO INGENIERÍA DE CONSULTA

Carrera 45 N° 85-50
Teléfono: (605)357 6115
Barranquilla - Colombia
Correo: info@ecoviasas.com
NIT: 890.104.625-1

Barranquilla, 6 de septiembre de 2022

CERTIFICADO

Certificamos que, para el periodo cumplido del mes de agosto del 2022, se revisó la información enviada por parte del contratista CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL, que consta el cumplimiento de lo siguiente:

Anexo 1 – Anexo Técnico Interventoría
Numeral 13**. SEGUIMIENTO POR PARTE DEL INTERVENTOR,** LITERAL 5.
INFORMACIÓN AMBIENTAL Y SST

12. Certificación del revisor fiscal/contador público y representante legal de la empresa contratista (de acuerdo a la naturaleza de la misma) y subcontratista, donde se exprese Paz y Salvo por concepto de pagos al Sistema General de Seguridad Social Integral y salarios.

Por lo anterior, esta interventoría emite certificado del cumplimiento de lo estipulado en el Anexo Técnico, de conformidad con el documento allegado por el contratista.

16. Certificación expedida por la empresa interventora, donde exprese que se han revisado los documentos soporte de pagos salariales y del SGSSI remitidos por el contratista de obra para el respectivo informe.

Atentamente,

LINDYS COLON C
Profesional SST

Elaboró: Jonathan Santos.

INDUCCIÓN

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL

LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO

VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Gloria Liliana Sepulveda		Consorcio Estabilización Vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socialización personal ILSEB normas de seguridad en el Proyecto	Dar a conocer los lineamientos y procedimientos de la co

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
1-09-2022	Campamento Proyecto	7:30 am	8:15 am	45 minutos	6

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Carlos Lagos	7723896	Op Exc.	
2	Alexander BETTIN	85470914	Prof. Social	
3	JESUS POLO P.	79896370	TOPOGRAFO	
4	Jhonatan Sosa Pinto	1.065815523	Cadenero	Jhonatan S.
5	PEDRO CARDEL MORALES	7060361	P/TECNICO	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

VALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
UMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
EDICIÓN A TOMAR: _____
OMENTARIOS:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Gloria Liliana Sepulveda		Consorcio Estabilización Vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socialización hidratación en el proyecto.	Dar a conocer al punto de hidratación al personal y buenas

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
01-08-22	Proyecto Sonsón	7:00 am	7:15 am	0 minutos	7

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Julian Soto Tomas	1004310122	Habitante	
2	Luis Alberto Ade Rojas	3125343	Habitante	Luis Alberto Ade
3	Florentino Moreno	3730209	Habitante	Florentino Moreno
4	Alejandra Pescador Ruiz	1061746813	Habitante	
5	Jorge Morales C.	8047776 23	Habitante	
6	Edgar Alexander B.	3276330	Habitante	Edgar A Bayuelo
7	Rene Rey Polo	1069768645	Habitante	Rene Rey Polo
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____

CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____

MEDICIÓN A TOMAR: _____

COMENTARIOS: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Gloria Sepulveda		consorcio estabilizacion vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socialización ATS. Actividad Excavación Trono	Informar a los trabajadores los riesgos asociados a excavación

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
05-08-2022	Vereda la Unión Tunal	7:00 am		15 minutos	5

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Carlos Lagos	7[illegible]	Op Excav	
2	HELBER FULIDO P	79.896770	TOA	
3	Edgar Alexander B	3216350	Monta	Edgar A.B.
4	Jhonatan Soto	1[illegible]	Cadenero	Jhonatan
5	REINER RANGEL MORALES	7060365	R/TECNICO	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
MEDICIÓN A TOMAR: _____
COMENTARIOS: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Elana Cilloniz Spitalet		Consorcio Estabilizacion vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socializacion ATS.	Dar a conocer los riesgos asociados en la actividad

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
08/08/2022	Plaza Santa Rosa	6:30 am	6:45 pm	15 minutos	3

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Jhonatan Jose Rivera	1108885523	Ayudante	
2	Nelson Baldo B.	79896770	Topografo	
3	Boris Lagos	79257446	Op Dozer	
4	Reiner Daniel Morales	7060361	R / Tecnico	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____

CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____

MEDICIÓN A TOMAR: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL

LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO

VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Gloria Liliana Sepulveda		Consorcio Estabilización Vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socialización personal ILSEB normas de seguridad en el Proyecto	Dar a conocer los lineamientos y procedimientos de la co

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
1-09-2022	Campamento Proyecto	7:30 am	8:15 am	45 minutos	6

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Carlos Lagos	7723896	Op Exc.	
2	Alexander BETTIN	85470914	Prof. Social	
3	JESUS POLO P.	79896370	TOPOGRAFO	
4	Jhonatan Sosa Pinto	1.065815523	Cadenero	Jhonatan S.
5	PEDRO CARDEL MORALES	7060361	P/TECNICO	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

VALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
UMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
EDICIÓN A TOMAR: _____
OMENTARIOS:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Gloria Liliana Sepulveda		Consorcio Estabilización Vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socialización hidratación en el proyecto.	Dar a conocer al punto de hidratación al personal y buenas

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
01-08-22	Proyecto Sonsón	7:00 am	7:15 am	0 minutos	7

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Julian Soto Tomas	1004310122	Habitante	
2	Luis Alberto Ade Rojas	3125343	Habitante	Luis Alberto Ade
3	Florentino Moreno	3730209	Habitante	Florentino Moreno
4	Alejandra Pescador Ruiz	1061746813	Habitante	
5	Jorge Morales C.	8047776 23	Habitante	
6	Edgar Alexander B.	3276330	Habitante	Edgar A Bayuelo
7	Rene Rey Polo	1069768645	Habitante	Rene Rey Polo
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____

CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____

MEDICIÓN A TOMAR: _____

COMENTARIOS: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Gloria Sepulveda		consorcio estabilizacion vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socialización ATS. Actividad Excavación Trono	Informar a los trabajadores los riesgos asociados a excavación

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
05-08-2022	Vereda la Unión Tunal	7:00 am		15 minutos	5

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Carlos Lagos	7[illegible]	Op Excav	
2	HELBER FULIDO P	79.896770	TOA	
3	Edgar Alexander B	3216350	Monta	Edgar A.B.
4	Jhonatan Soto	1[illegible]	Cadenero	Jhonatan
5	REINER RANGEL MORALES	7060365	R/TECNICO	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
MEDICIÓN A TOMAR: _____
COMENTARIOS: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-28

DATOS

☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☒ CHARLA	☐ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
Elana Cilloniz Spitalet		Consorcio Estabilizacion vial

TEMA:	OBJETIVO:
Socializacion ATS.	Dar a conocer los riesgos asociados en la actividad

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
08/08/2022	Plaza Santa Rosa	6:30 am	6:45 pm	15 minutos	3

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Jhonatan Jose Rivera	1108885523	Ayudante	
2	Nelson Baldo B.	79896770	Topografo	
3	Boris Lagos	79257446	Op Dozer	
4	Reiner Daniel Morales	7060361	R / Tecnico	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____

CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____

MEDICIÓN A TOMAR: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 08/03/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO:GTH-FT-05

DATOS			
☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☐ CHARLA	☑ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO Y ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____
NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR: MARCELA RODRIGUEZ	FIRMA:	EMPRESA: CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	
TEMA: INDUCCIÓN	OBJETIVO: DAR A CONOCER A TODO EL PERSONAL LAS GENERALIDADES DE LA EMPRESA		
FECHA: 29-08-22	LUGAR: OFICINA 102	HORA DE INICIO: 8:00 am	HORA DE TERMINACIÓN: 9:00 am
TIEMPO: 4 HORA	NÚMERO DE PARTICIPANTES: 4		

Nº	NOMBRRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Flor Emilse Villalba Delgado	1012409264	Auxiliar de trafico Vehicular	Flor E Villalba
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
MEDICIÓN A TOMAR: _____
COMENTARIOS: _____
_____

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
	VIGENCIA: 14/03/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-63

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y de manera específica con el Decreto 1072 de 2015 en sus artículos 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores - 2.2.4.6.11. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo - 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y 2.2.4.6.28 Contratación, le notifica sobre los riesgos a que está expuesto, dentro de la ejecución de su labor y con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral.
Usted juega un papel muy importante en la prevención y por tal efecto debe estar informado de los peligros y riesgos asociados con las actividades que desempeña, los medios de control que se disponen y las acciones para evitar la ocurrencia de posibles eventos no deseables.
Con base en la capacitación y notificación, por favor, estudia detenidamente cada uno de los riesgos detallados a continuación y señala con un SI, NO, o NO APLICA, solicitando información adicional, en caso que tenga dudas.

No.	FACTORES DE RIESGOS	DESCRIPCION DE FACTOR DE RIESGOS	EXPOSICIÓN		
			SI	NO	N/A
1	Biológico	Virus contacto con liquidos contaminados como aguas negras,estancadas o material contaminado o contacto con personas que tengan alguna enfermedad transmitible		X	
1	Biológico	Bacterias enfermedades endemicas por no lavado de manos,alimentos descompuestos	X		
1	Biológico	Hongos producidos por aire, polvo, arena y tierra en contacto con la piel o al respirar	X		
1	Biológico	Picaduras por moscos, zancudos, avispas, abejas	X		
1	Biológico	Mordeduras de ratas, perros, gatos, serpientes	X		
2	Fisico	Iluminacion baja o alta en su puesto o area de trabajo		X	
2	Fisico	Ruido por funcionamiento de equipos y maquinaria que produce perdida auditiva, inflamacion interna, dolor	X		
2	Fisico	Vibracion de forma constante en su puesto de trabajo por la maquinaria que opera y las horas que conduce sin realizar pausas activas		X	
2	Fisico	Temperaturas extremas (calor y frio) dependiendo de las condiciones de trabajo	X		
2	Fisico	Radiaciones no ionizantes por exposición al sol sin los cuidados pertinentes como son EPP.	X		
3	Químico	demolición, uso de pinturas, disolventes, monoxido de carbono.		X	
3	Químico	Fibras por exposicios dentro de su entorno laboral como son asbesto, fibra de vidrio, amianto		X	
3	Químico	Gases y vapores por inhalacion de disolventes, derivados del asfalto, gases, carbon, madera, humo	X		
3	Químico	Humos metálicos, no metálicos producidos por soldaduras, aerosoles, hollin		X	
3	Químico	Material particulado exposicion de humos, polvos, fibras, gases, vapores, neblinas	X		
4	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).		X	
4	Psicosocial	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor).		X	
4	Psicosocial	Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	X		
4	Psicosocial	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, Actividades por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido.	X		
4	Psicosocial	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)			
4	Psicosocial	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos, sobreturnos)	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Por hacer levantamiento o manipulación de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas, esfuerzos, movimientos repetitivos.	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Postura prolongada o mantenidas, forzadas por sobrecarga y antigravitacionales		X	
5	Biomecánico (ergonómico)	Movimiento repetitivo en uno o varios segmentos corporales o que requieran esfuerzo físico.	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Manipulación manual de cargas por transporte manual de materiales que produzca levantamiento, descenso, traccion y empuje.		X	
6	Condiciones de seguridad	Mecánico por elementos que pueden dar causal aun accidente como elemenlos o partes de máquinas, herramientas, equipos,piezas a trabajar, materiales, proyectados sólidos o fluidos	X		
6	Condiciones de seguridad	En caliente, por trabajos con equipos a altas temperatura que puedan generar quemaduras.		X	
6	Condiciones de seguridad	Eléctrico en trabajos de alta, baja y tension estática, contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X	

6	Condiciones de seguridad	Locativo que sistemas y medios de almacenamiento se van a utilizar para herramientas y materiales, superficies de trabajo limpias sin objetos que se puedan caer que sean irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel y condiciones de orden y aseo dentro del sitio de trabajo		X	
6	Condiciones de seguridad	Tecnológico explosión, fuga, derrame, incendio por manipulación de elementos o uso de equipos o maquinaria		X	
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito peligro mecánico al trabajar en proximidades de maquinaria pesada, volquetas, retroexcavadoras	X		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito mientras conduce el vehículo y atropellamiento en vías públicas o donde exista circulación de vehículos durante la jornada laboral	X		
6	Condiciones de seguridad	Riesgo público dentro de la jornada laboral robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público		X	
6	Condiciones de seguridad	Trabajo en alturas ejecutado a 1,50 mts o sobre un nivel inferior		X	
6	Condiciones de seguridad	Espacios confinados Lugares que tiene medios limitados de ingreso y salida, estrechos o restringidos. Contiene o podría contener atmósferas peligrosas, por deficiencia de oxigeno por debajo de 19,5%, explosivas o contener otras sustancias toxicas		X	
7	Fenómenos naturales	Riesgos naturales por sismos,terremotos, vendaval,inundacion, derrumbe, precipitaciones como lluvias granizadas, heladas.	X		

YO Flor Emilse Villalba, identificado con cedula de ciudadanía N° 1012409264 doy constancia que he sido informado y entiendo los riesgos a los que estoy expuestos por ejecutar mis funciones como Auxiliar de Trafico Vehicular, además me comprometo a usar adecuadamente,proteger y cuidar mis elementos de protección personal que se me han entregado de acuerdo a los riesgos expuestos y seguir las normas de seguridad establecidas.

Flor E Villalba
Trabajador
C.C 1012409264

Notificador
C.C 1033722015.

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	NIVEL 7: FORMATOS: FT-SST-027
	SG-SST
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: 2022
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

LUGAR	CIUDAD	DÍA	MES	AÑO
TONALÁ BAJO	SOMAPAZ	08	08	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción	X	¿Cuál?
Reinducción		
Charla de seguridad		
Reuniones de SST / Operativas		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	No Cedula	Sexo	Edad	Reg Temperatura	Cargo	Firma
1	Olo David Bobles Delgado	1069237327	M	24		obrero	
2	Alvaro Cruz Guzmàn	3125404	M	39		Obrero	Alvaro Cr
3	Osneyda Rojas Salazar	1003486684	M	24		Obrero	Osneyda Ro
4	Juan Jose Gonzalez	1003486857	M	21		Obrero	Juan Jo
5	Gabriel cruz Guzman	3125441	M	38		Obrero	Gabriel cru
6	Libardo Guzman cruz	81740637	M	43		obrero	
7	Yerson Andrey Pelaez P	1069230527	M	30		obrero	Yerson Andrey
8	JHON JAIRO MORENO	1069752740	M	26		OBRERO	JHON
9	Juan Gabriel cifuentes B	1072446070	M	24		obrero	Gabriel C
10	Cristyer Guzmàn	1069231395	M	23		obrero	Cristyer
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Observaciones: Dado a la situacion especial que se està viviendo por COVID - 19 se deja registro en el formato de charla diaria de seguridad la lactura de temperatura cada trabajador.

Persona responsable de la actividad		
Yerayan Jaramillo SST	Firma	

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo: SG-SST-F-029
Fecha: 16 de agosto de 2022
Version: 1
Elaborado por:Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 08/08/2022 **CHARLA** ☐ **CAPACITACION** ☒

NOMBRE: GABRIEL CRUZ GUZMAN **CEDULA:** 3.125.441

AREA/SECCION: OBRA **CARGO:** AYUDANTE DE OBRA

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN BRAYAN JARAMILLO SST.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establec
y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

- Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
- Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
- Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
- Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO
PSICOSOCIAL
FENOMEROS NATURALES
EXCAVACION

FÍSICO
BIOMECÁNICOS
MECANICOS
ESPACIOS CONFINADOS

QUÍMICO
CONDICIONES DE SEGURIDAD
ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIEN
ALTURAS / IZAJE /

- Procedimientos para tareas de alto riesgo.

como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para e
arrollo seguro de mi labor.

ación de la inducción:

aro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares, procedimientos generales de Seg
lud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afe
d y condiciones de trabajo

Gabriel cruz G.
Firma del Trabajador
c.c. 3125441

Brayan Jaramillo SST.
Responsable del SG-SST
c.c. 1.095.828.271

MÁQUINAS	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 13/01/2020	VERSIÓN: 5	CÓDIGO:GTH-FT-05

DATOS

☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☐ CHARLA	☒ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR: Mabel Cristina Rodriguez	FIRMA:	EMPRESA: Maquinas Pamelleras Ltda
TEMA: Inducción	OBJETIVO: Dar a conocer a todos los trabajadores las generalidades de la empresa.	

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
12-08-2022	Presencial Of. Mz	8:00 am	9:00 Am	1 hora	1

Nº	NOMBRRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Reinaldo Galleches.	3764365	operador	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
MEDICIÓN A TOMAR: _____
COMENTARIOS: _____
_____

MÁQUINAS	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
	VIGENCIA: 11/01/2022	VERSIÓN: 4	CÓDIGO: SIG-FT-03

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y de manera especifica con el Decreto 1072 de 2015 en sus articulos 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores - 2.2.4.6.11. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo - 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y 2.2.4.6.28 Contratación, le notifica sobre los riesgos a que está expuesto, dentro de la ejecución de su labor y con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral.
Usted juega un papel muy importante es la prevención y por tal efecto debe estar informado de los peligros y riesgos asociados con las actividades que desempeña, los medios de control que se disponen y las acciones para evitar la ocurrencia de posibles eventos no deseables.
Con base en la capacitación y notificación, por favor, estudie detenidamente cada uno de los riesgos detallados a continuación y señale con un SI, NO, o NO APLICA, solicitando información adicional, en caso que tenga dudas.

FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO: 12/8/22

	FACTORES DE RIESGOS	DESCRIPCION DE FACTOR DE RIESGOS	EXPOSICIÓN		
			SI	NO	N/A
1	Biológico	Virus contacto con liquidos contaminados como aguas negras,estancadas o material contaminado o contacto con personas que tengan alguna enfermedad transmitible	X		
1	Biológico	Bacterias enfermedades endemicas por no lavado de manos,alimentos descompuestos	X		
1	Biológico	Hongos producidos por aire, polvo, arena y tierra en contacto con la piel o al respirar	X		
1	Biológico	Picaduras por moscos, zancudos, avispas, abejas	X		
1	Biológico	Mordeduras de ratas, perros, gatos, serpientes	X		
2	Fisico	Iluminacion baja o alta en su puesto o area de trabajo	X		
2	Fisico	Ruido por funcionamiento de equipos y maquinaria que produce perdida auditiva, inflamacion interna, dolor	X		
2	Fisico	Vibracion de forma constante en su puesto de trabajo por la maquinaria que opera y las horas que conduce sin realizar pausas activas	X		
2	Fisico	Temperaturas extremas (calor y frio) dependiendo de las condiciones de trabajo	X		
2	Fisico	Radiaciones no Ionizantes por exposición al sol sin los cuidados pertinentes como son EPP.	X		
3	Quimico	Polvos organico e inorgánicos generados por procesos como movimientos de tierras, limpiezas, escombros, demolición, uso de pinturas, disolventes, monoxido de carbono.	X		
3	Quimico	Fibras por exposicion dentro de su entorno laboral como son asbesto, fibra de vidrio, amianto			X
3	Quimico	Gases y vapores por inhalacion de disolventes, derivados del asfalto, gases, carbon, madera, humo	X		
3	Quimico	Humos metálicos, no metálicos producidos por soldaduras, aerosoles, hollin		X	
3	Quimico	Material particulado exposicion de humos, polvos, fibras, gases, vapores, neblinas	X		
4	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	X		
4	Psicosocial	Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor).	X		
4	Psicosocial	Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	X		
4	Psicosocial	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, Actividades por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido.	X		
4	Psicosocial	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	X		
4	Psicosocial	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos, sobreturnos)	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Por hacer levantamiento o manipulación de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas, esfuerzos, movimientos repetitivos,	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Postura prolongada o mantenidas, forzadas por sobrecarga y antigravitacionales	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Movimiento repetitivo en uno o varios segmentos corporales o que requieran esfuerzo fisico.	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Manipulación manual de cargas por transporte manual de materiales que produzca levantamiento, descenso, traccion y empuje.	X		
6	Condiciones de seguridad	Mecánico por elementos que pueden dar causal aun accidente como elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos,piezas a trabajar, materiales, proyectados sólidos o fluidos	X		
6	Condiciones de seguridad	En caliente, por trabajos con equipos a altas temperatura que puedan generar quemaduras.			X
6	Condiciones de seguridad	Eléctrico en trabajos de alta, baja y tension estática, contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.			X
6	Condiciones de seguridad	Locativo que sistemas y medios de almacenamiento se van a utilizar para herramientas y materiales, superficies de trabajo limpias sin objetos que se puedan caer que sean irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel y condiciones de orden y aseo dentro del sitio de trabajo	X		

6	Condiciones de seguridad	Tecnológico explosión, fuga, derrame, incendio por manipulación de elementos o uso de equipos o maquinaria	X		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito peligro mecánico al trabajar en proximidades de maquinaria pesada, volquetas, retroexcavadoras	X		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito mientras conduce el vehículo y atropellamiento en vías públicas o donde exista circulación de vehículos durante la jornada laboral	X		
6	Condiciones de seguridad	Riesgo público dentro de la jornada laboral robos, ataques, asaltos, atentados, de orden público	X		
6	Condiciones de seguridad	Trabajo en alturas ejecutado a 1,50 mts o sobre un nivel inferior	X		
6	Condiciones de seguridad	Espacios confinados Lugares que tiene medios limitados de ingreso y salida, estrechos o restringidos. Contiene o podría contener atmósferas peligrosas, por deficiencia de oxigeno por debajo de 19,5%, explosivas o contener otras sustancias toxicas	X		
7	Fenómenos naturales	Riesgos naturales por sismos,terremotos, vendaval,inundacion, derrumbe, precipitaciones como lluvias granizadas, heladas.	X		

YO Leonardo Wilches identificado con cedula de ciudadania N° 7961430 doy constancia que he sido informado y entiendo los riesgos a los que estoy expuestos por ejecular mis funciones como operador de maquinarias me comprometo a usar adecuadamente proteger y cuidar mis elementos de proteccion personal que se me han entregado de acuerdo a los riesgos expuestos y seguir las normas de seguridad establecidas.

Leonardo Wilches Tamara

Trabajador
CC 7961430 5

Notificador
C.C 1033720945.

MÁQUINAS	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 13/01/2020	VERSIÓN: 5	CÓDIGO:GTH-FT-05

DATOS

☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☐ CHARLA	☒ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR: Marcela Rodriguez	FIRMA:	EMPRESA: Maquinas Amarillas SAS
TEMA: Inducción	OBJETIVO: Dar a conocer a todos los trabajadores las generalidades de la empresa.	

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
22-8-22	Oficina 102	8:00am	9:00 am	1 hora	1

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Herberto palencia	1144027247	operador domain.	Heriberto.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
MEDICIÓN A TOMAR: _____
COMENTARIOS: _____

MÁQUINAS	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
	VIGENCIA: 11/01/2022	VERSIÓN: 4	CÓDIGO: SIG-FT-03

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y de manera especifica con el Decreto 1072 de 2015 en sus artículos 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores - 2.2.4.6.11. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo - 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y 2.2.4.6.28 Contratación, le notifica sobre los riesgos a que está expuesto, dentro de la ejecución de su labor y con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral.
Usted juega un papel muy importante en la prevención y por tal efecto debe estar informado de los peligros y riesgos asociados con las actividades que desempeña, los medios de control que se disponen y las acciones para evitar la ocurrencia de posibles eventos no deseables.
Con base en la capacitación y notificación, por favor, estudie detenidamente cada uno de los riesgos detallados a continuación y señale con un SI, NO, o NO APLICA, solicitando información adicional, en caso que tenga dudas.

FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO: 22-08-2022

	FACTORES DE RIESGOS	DESCRIPCION DE FACTOR DE RIESGOS	EXPOSICION		
			SI	NO	N/A
1	Biológico	Virus contacto con liquidos contaminados como aguas negras,estancadas o material contaminado o contacto con personas que tengan alguna enfermedad transmitible	✓		
1	Biológico	Bacterias enfermedades endemicas por no lavado de manos,alimentos descompuestos		✓	
1	Biológico	Hongos producidos por aire, polvo, arena y tierra en contacto con la piel o al respirar	✓		
1	Biológico	Picaduras por moscos, zancudos, avispas, abejas	✓		
1	Biológico	Mordeduras de ratas, perros, gatos, serpientes	✓		
2	Fisico	Iluminacion baja o alta en su puesto o area de trabajo	✓		
2	Fisico	Ruido por funcionamiento de equipos y maquinaria que produce perdida auditiva, inflamacion interna, dolor	✓		
2	Fisico	Vibracion de forma constante en su puesto de trabajo por la maquinaria que opera y las horas que conduce sin realizar pausas activas	✓		
2	Fisico	Temperaturas extremas (calor y frio) dependiendo de las condiciones de trabajo	✓		
2	Fisico	Radiaciones no ionizantes por exposición al sol sin los cuidados pertinentes como son EPP.		✓	
3	Químico	Polvos organico e inorgánicos generados por procesos como movimientos de tierras, limpiezas, escombros, demolición, uso de pinturas, disolventes, monoxido de carbono.	✓		
3	Químico	Fibras por exposicion dentro de su entorno laboral como son asbesto, fibra de vidrio, amianto		✓	
3	Químico	Gases y vapores por inhalacion de disolventes, derivados del asfalto, gases, carbon, madera, humo	✓		
3	Químico	Humos metálicos, no metálicos producidos por soldaduras, aerosoles, hollin		✓	
3	Químico	Material particulado exposicion de humos, polvos, fibras, gases, vapores, neblinas	✓		
4	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	✓		
4	Psicosocial	Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor).	✓		
4	Psicosocial	Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	✓		
4	Psicosocial	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, Actividades por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido.		✓	
4	Psicosocial	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	✓		
4	Psicosocial	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos, sobreturnos)	✓		
5	Biomecánico (ergonómico)	Por hacer levantamiento o manipulación de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas, esfuerzos, movimientos repetitivos,		✓	
5	Biomecánico (ergonómico)	Postura prolongada o mantenidas, forzadas por sobrecarga y antigravitacionales		✓	
5	Biomecánico (ergonómico)	Movimiento repetitivo en uno o varios segmentos corporales o que requieran esfuerzo fisico.	✓		
5	Biomecánico (ergonómico)	Manipulación manual de cargas por transporte manual de materiales que produzca levantamiento, descenso, traccion y empuje.		✓	
6	Condiciones de seguridad	Mecánico por elementos que pueden dar causal aun accidente como elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos,piezas a trabajar, materiales, proyectados sólidos o fluidos		✓	
6	Condiciones de seguridad	En caliente, por trabajos con equipos a altas temperatura que puedan generar quemaduras.	✓		
6	Condiciones de seguridad	Eléctrico en trabajos de alta, baja y tension estática, contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		✓	
6	Condiciones de seguridad	Locativo que sistemas y medios de almacenamienta se van a utilizar para herramientas y materiales, superficies de trabajo limpias sin objetos que se puedan caer que sean irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel y condiciones de orden y aseo dentro del sitio de trabajo	✓		

6	Condiciones de seguridad	Tecnológico explosión, fuga, derrame, incendio por manipulación de elementos o uso de equipos o maquinaria	✓		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito peligro mecánico al trabajar en proximidades de maquinaria pesada, volquetas, retroexcavadoras	✓		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito mientras conduce el vehículo y atropellamiento en vías públicas o donde exista circulación de vehículos durante la jornada laboral	✓		
6	Condiciones de seguridad	Riesgo público dentro de la jornada laboral robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público	✓		
6	Condiciones de seguridad	Trabajo en alturas ejecutado a 1,50 mts o sobre un nivel inferior	✓		
6	Condiciones de seguridad	Espacios confinados Lugares que tiene medios limitados de ingreso y salida, estrechos o restringidos. Contiene o podría contener atmósferas peligrosas, por deficiencia de oxigeno por debajo de 19,5%, explosivas o contener otras sustancias toxicas	✓		
7	Fenómenos naturales	Riesgos naturales por sismos,terremotos, vendaval,inundacion, derrumbe, precipitaciones como lluvias granizadas, heladas.	✓		

YO Heriberto palacio identificado con cedula de ciudadania N° 1144027247 doy constancia que he sido informado y entiendo los riesgos a los que estoy expuestos por ejecutar mis funciones como ejecutivo de ventas, ademas me comprometo a usar adecuadamente,protegar y cuidar mis elementos de proteccion personal que se me han entregado de acuerdo a los riesgos expuestos y seguir las normas de seguridad establecidas.

Heriberto palacio
Trabajador
C.C 1144027247

Notificador
C.C 1037206.

MÁQUINAS	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
	VIGENCIA: 13/01/2020	VERSIÓN: 3	CÓDIGO: SIG-FT-03

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y de manera especifica con el Decreto 1072 de 2015 en sus artículos 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores - 2.2.4.6.11. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo - 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y 2.2.4.6.28 Contratación, le notifica sobre los riesgos a que está expuesto, dentro de la ejecución de su labor y con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral.

Usted juega un papel muy importante en la prevención y por tal efecto debe estar informado de los peligros y riesgos asociados con las actividades que desempeña, los medios de control que se disponen y las acciones para evitar la ocurrencia de posibles eventos no deseables.

Con base en la capacitación y notificación, por favor, estudie detenidamente cada uno de los riesgos detallados a continuación y señale con un SI, NO, o NO APLICA, solicitando información adicional, en caso que tenga dudas.

No.	FACTORES DE RIESGOS	DESCRIPCION DE FACTOR DE RIESGOS	EXPOSICION		
			SI	NO	N/A
1	Biológico	Virus contacto con liquidos contaminados como aguas negras,estancadas o material contaminado o contacto con personas que tengan alguna enfermedad transmitible	X		
1	Biológico	Bacterias enfermedades endemicas por no lavado de manos,alimentos descompuestos		X	
1	Biológico	Hongos producidos por aire, polvo, arena y tierra en contacto con la piel o al respirar	X		
1	Biológico	Picaduras por moscos, zancudos, avispas, abejas	X		
1	Biológico	Mordeduras de ratas, perros, gatos, serpientes	X		
2	Fisico	Iluminacion baja o alta en su puesto o area de trabajo			X
2	Fisico	Ruido por funcionamiento de equipos y maquinaria que produce perdida auditiva, inflamacion interna, dolor	X		
2	Fisico	Vibracion de forma constante en su puesto de trabajo por la maquinaria que opera y las horas que conduce sin realizar pausas activas	X		
2	Fisico	Temperaturas extremas (calor y frio) dependiendo de las condiciones de trabajo	X		
2	Fisico	Radiaciones no ionizantes por exposición al sol sin los cuidados pertinentes como son EPP,	X		
3	Quimico	demolición, uso de pinturas, disolventes, monoxido de carbono.		X	
3	Quimico	Fibras por exposicion dentro de su entorno laboral como son asbesto, fibra de vidrio, amianto		X	
3	Quimico	Gases y vapores por inhalacion de disolventes, derivados del asfalto, gases, carbon, madera, humo	X		
3	Quimico	Humos metálicos, no metálicos producidos por soldaduras, aerosoles, hollin		X	
3	Quimico	Material particulado exposicion de humos, polvos, fibras, gases, vapores, neblinas	X		
4	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	X		
4	Psicosocial	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor).	X		
4	Psicosocial	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	X		
4	Psicosocial	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, Actividades por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido.	X		
4	Psicosocial	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	X		
4	Psicosocial	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos, sobreturnos)	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Por hacer levantamiento o manipulación de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas, esfuerzos, movimientos repetitivos.	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Postura prolongada o mantenidas, forzadas por sobrecarga y antigravitacionales		X	
5	Biomecánico (ergonómico)	Movimiento repetitivo en uno o varios segmentos corporales o que requieran esfuerzo físico.	X		
6	Biomecánico (ergonómico)	Manipulación manual de cargas por transporte manual de materiales que produzca levantamiento, descenso, traccion y empuje.			
6	Condiciones de seguridad	Mecánico por elementos que pueden dar causal aun accidente como elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos,piezas a trabajar, materiales, proyectados sólidos o fluidos			
6	Condiciones de seguridad	En caliente, por trabajos con equipos a altas temperatura que puedan generar quemaduras.			
6	Condiciones de seguridad	Eléctrico en trabajos de alta, baja y tension estática, contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falla de polo a tierra etc.			

6	Condiciones de seguridad	Locativo que sistemas y medios de almacenamienta se van a utilizar para herranientas y materiales, superficies de trabajo limpias sin objetos que se puedan caer que sean irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel y condiciones de orden y aseo dentro del sitio de trabajo	X		
6	Condiciones de seguridad	Tecnológico explosión, fuga, derrame, incendio por manipulación de elementos o uso de equipos o maquinaria	X		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito peligro mecánico al trabajar en proximidades de maquinaria pesada, volquetas, retroexcavadoras	X		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito mientras conduce el vehículo y atropellamiento en vías públicas o donde exista circulación de vehículos durante la jornada laboral	X		
6	Condiciones de seguridad	Riesgo público dentro de la jornada laboral robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público	X		
6	Condiciones de seguridad	Trabajo en alturas ejecutado a 1,50 mts o sobre un nivel inferior	X		
6	Condiciones de seguridad	Espacios confinados Lugares que tiene medios limitados de ingreso y salida, estrechos o restringidos. Contiene o podría contener atmósferas peligrosas, por deficiencia de oxígeno por debajo de 19,5%, explosivas o contener otras sustancias toxicas		X	
7	Fenómenos naturales	Riesgos naturales por sismos,terremotos, vendaval,inundacion, derrumbe, precipitaciones como lluvias granizadas, heladas	X		

YO Jesus Perdomo Identificado con cedula de ciudadania N° 99'00534 doy constancia que he sido informado y entiendo los riesgos a los que estoy expuestos por ejecutar mis funciones como operador Excavadora ademas me comprometo a usar adecuadamente,proteger y cuidar mis elementos de proteccion personal que se me han entregado de acuerdo a los riesgos expuestos y seguir las normas de seguridad establecidos.

Jesus E. Perdomo R
Trabajador
c.c 99534

Notificador
c.c 1033722045.

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo SG-SST-F-029
Fecha 16 de agosto de 2022
Version 1
Elaborado por:Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 08/08/2022 **CHARLA** ☐ **CAPACITACION** [X]

NOMBRE: JHON JAIRO MORENO MORALES **CEDULA** 1069752249

AREA/SECCION: OBRA **CARGO:** AYUDANTE DE OBRA

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN BRAYAN JARAMILLO SST.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

- Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
- Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
- Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa
- Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	MECANICOS	ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIENTE
EXCAVACION	ESPACIOS CONFINADOS	ALTURAS / IZAJE /

- Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción:

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

JHON M.
Firma del Trabajador
c.c. 1069752249

SST.
Responsable del SG-SST
c.c. 1.095.828.271

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
	VIGENCIA: 13-01-2020	VERSIÓN: 03	SIG-FT-03

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y de manera especifica con el Decreto 1072 de 2015 en sus articulos 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores - 2.2.4.6.11. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo - 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y 2.2.4.6.28 Contratación, le notifica sobre los riesgos a que está expuesto, dentro de la ejecución de su labor y con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral.
Usted juega un papel muy importante en la prevención y por tal efecto debe estar informado de los peligros y riesgos asociados con las actividades que desempeña, los medios de control que se disponen y las acciones para evitar la ocurrencia de posibles eventos no deseables.
Con base en la capacitación y notificación, por favor, estudie detenidamente cada uno de los riesgos detallados a continuación y señale con un SI, NO, o NO APLICA, solicitando información adicional, en caso que tenga dudas.

No.	FACTORES DE RIESGOS	DESCRIPCION DE FACTOR DE RIESGOS	EXPOSICION		
			SI	NO	N/A
1	Biológico	Virus contacto con liquidos contaminados como aguas negras estancadas o material contaminado o contacto con personas que tengan alguna enfermedad transmisible	✓		
1	Biológico	Bacterias enfermedades endemicas por no lavado de manos,alimentos descompuestos		✓	
1	Biológico	Hongos producidos por aire, polvo, arena y tierra en contacto con la piel o al respirar	✓		
1	Biológico	Picaduras por moscos, zancudos, avispas, abejas	✓		
1	Biológico	Mordeduras de ratas, perros, gatos, serpientes	✓		
2	Fisico	Iluminacion baja o alta en su puesto o area de trabajo			✓
2	Fisico	Ruido por funcionamiento de equipos y maquinaria que produce perdida auditiva, inflamacion interna, dolor	✓		
2	Fisico	Vibracion de forma constante en su puesto de trabajo por la maquinaria que opera y las horas que conduce sin realizar pausas activas	✓		
2	Fisico	Temperaturas extremas (calor y frio) dependiendo de las condiciones de trabajo	✓		
2	Fisico	Radiaciones no ionizantes por exposición al sol sin los cuidados pertinentes como son EPP.	✓		
3	Químico	demolición, uso de pinturas, disolventes, monoxido de carbono.		✓	
3	Quimico	Fibras por exposicion dentro de su entorno laboral como son asbesto, fibra de vidrio, amianto		✓	
3	Químico	Gases y vapores por inhalacion de disolventes, derivados del asfalto, gases, carbon, madera, humo	✓		
3	Quimico	Humos metálicos, no metálicos producidos por soldaduras, aerosoles, hollin		✓	
3	Quimico	Material particulado exposicion de humos, polvos, fibras, gases, vapores, nablinas	✓		
4	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	✓		
4	Psicosocial	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor).	✓		
4	Psicosocial	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	✓		
4	Psicosocial	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, Actividades por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido.	✓		
4	Psicosocial	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	✓		
4	Psicosocial	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos, sobreturnos)	✓		
5	Biomecánico (ergonómico)	Por hacer levantamiento o manipulación de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas, esfuerzos, movimientos repetitivos,	✓		
5	Biomecánico (ergonómico)	Postura prolongada o mantenidas, forzadas por sobrecarga y antigravitacionales	✓		
5	Biomecánico (ergonómico)	Movimiento repetitivo en uno o varios segmentos corporales o que requieras esfuerzo fisico	✓		
5	Biomecánico (ergonómico)	Manipulación manual de cargas por transporte manual de materiales que produzca levantamiento, descenso, traccion y empuje.	✓		
6	Condiciones de seguridad	Mecánico por elementos que pueden dar causal aun accidente como elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos piezas a trabajar, materiales, proyectados sólidos o fluidos	✓		
6	Condiciones de seguridad	En caliente, por trabajos con equipos a altas temperatura que puedan generar quemaduras.		✓	
6	Condiciones de seguridad	Eléctrico en trabajos de alta, baja y tension estática, contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	✓		

6	Condiciones de seguridad	Locativo que sistemas y medios de almacenamiento se van a utilizar para herramientas y materiales, superficies de trabajo limpias sin objetos que se puedan caer que sean irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel y condiciones de orden y aseo dentro del sitio de trabajo	✓		
6	Condiciones de seguridad	Tecnológico explosión, fuga, derrame, incendio por manipulación de elementos o uso de equipos o maquinaria	✓		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito peligro mecánico al trabajar en proximidades de maquinaria pesada, volquetes, retroexcavadoras	✓		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito mientras conduce el vehículo y atropellamiento en vías públicas o donde exista circulación de vehículos durante la jornada laboral	✓		
6	Condiciones de seguridad	Riesgo público dentro de la jornada laboral robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público	✓		
6	Condiciones de seguridad	Trabajo en alturas ejecutado a 1,50 mts o sobre un nivel inferior	✓		
6	Condiciones de seguridad	Espacios confinados Lugares que tiene medios limitados de ingreso y salida, estrechos o restringidos. Contiene o podría contener atmósferas peligrosas, por deficiencia de oxígeno por debajo de 19,5%, explosivas o contener otras sustancias tóxicas		✓	
7	Fenómenos naturales	Riesgos naturales por sismos,terremotos, vendaval,inundacion, derrumbe, precipitaciones como lluvias granizadas, heladas.	✓		

YO Leonardo Tejedor identificado con cedula de ciudadania N° 1055552094 doy constancia que he sido informado y entendo los riesgos a los que estoy expuestos por ejecutar mis funciones como CONDUCTOR VOLQUETA además me comprometo a usar adecuadamente proteger y cuidar mis elementos de proteccion personal que se me han entregado de acuerdo a los riesgos expuestos y seguir las normas de seguridad establecidas.

Leonardo Tejedor Aguilar
Trabajador
C.C 1055 552 094

Notificador
C.C 1023922093.

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo: SG-SST-F-029
Fecha: 16 de agosto de 2022
Version 1
Elaborado por:Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 08/08/2022 CHARLA ☐ CAPACITACION ☒

NOMBRE: JUAN JOSE GONZALEZ DELGADO CEDULA: 1003.486.851

AREA/SECCION: OBRA CARGO: AYUDANTE DE OBRA.

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN BRAYAN JARAMILLO SST.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	MECANICOS	ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIENTE
EXCAVACION	ESPACIOS CONFINADOS	ALTURAS / IZAJE /

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción:

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Juan Jose Gonzalez.
Firma del Trabajador
c.c. 1003486851

Responsable del SG-SST SST.
c.c. 1.095.828.271

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo: SG-SST-F-029
Fecha: 16 de agosto de 2022
Version: 1
Elaborado por:Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 22/08/22 CHARLA ☐ CAPACITACION ☒

NOMBRE: LEONIDAS CASTAÑEDA. CEDULA: 3.027.428

AREA/SECCION: MAESTRO. CARGO: MAESTRO

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN Brayan Jaramillo SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

- Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
- Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- Explicaciòn del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
- Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
- Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO
PSICOSOCIAL
FENOMEROS NATURALES
EXCAVACION

FÍSICO
BIOMECÁNICOS
MECANICOS
ESPACIOS CONFINADOS

QUÍMICO
CONDICIONES DE SEGURIDAD
ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIENTE
ALTURAS / IZAJE /

- Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción:

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Leonidas Castañeda
Firma del Trabajador
C.C. 3027428

Brayan Jaramillo SST
Responsable del SG-SST
C.C. 1095828271.

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	LISTA DE ASISTENCIA, CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO		
	VIGENCIA: 08/03/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO:GTH-FT-05

DATOS			
☐ INDUCCION DE CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE	☐ CHARLA	☒ INDUCCIÓN	☐ OTROS
☐ CAPACITACIÓN	☐ SIMULACRO / ENTRENAMIENTO	☐ REINDUCCIÓN	_____

NOMBRE DEL EXPOSITOR O DIRIGIDO POR:	FIRMA:	EMPRESA:
MARCELA RODRIGUEZ		CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL

TEMA:	OBJETIVO:
Inducción	DAR A CONOCER A LOS TRABAJADORES LAS GENERALIDADES DE LA EMPRESA.

FECHA:	LUGAR:	HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIEMPO:	NÚMERO DE PARTICIPANTES:
26-08-22	OFICINA IAZ	8:00 Am	9:00 Am	1 Hora	1

Nº	NOMBRRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	FIRMA
1	Lina Marcela Guzman Prada	1069726685	auxiliar tropico bicicletas	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (MÉTODO DE EVALUACIÓN): _____
CUMPLIMIENTO OBJETIVO (EFICACIA) SI ____ NO ____
MEDICIÓN A TOMAR: _____
COMENTARIOS: _____

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
	VIGENCIA: 14/03/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-03

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y de manera especifica con el Decreto 1072 de 2015 en sus artículos 2.2.4.6.8 Obligaciones de los empleadores - 2.2.4.6.11. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo - 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y 2.2.4.6.28 Contratación, le notifica sobre los riesgos a que está expuesto, dentro de la ejecución de su labor y con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral.
Usted juega un papel muy importante en la prevención y por tal efecto debe estar informado de los peligros y riesgos asociados con las actividades que desempeña, los medios de control que se disponen y las acciones para evitar la ocurrencia de posibles eventos no deseables.
Con base en la capacitación y notificación, por favor, estudie detenidamente cada uno de los riesgos detallados a continuación y señale con un SI, NO, o NO APLICA, solicitando información adicional, en caso que tenga dudas.

No.	FACTORES DE RIESGOS	DESCRIPCION DE FACTOR DE RIESGOS	EXPOSICION		
			SI	NO	N/A
1	Biológico	Virus contacto con liquidos contaminados como aguas negras,estancadas o material contaminado o contacto con personas que tengas alguna enfermedad transmitible	X		
1	Biológico	Bacterias enfermedades endemicas por no lavado de manos,alimentos descompuestos	X		
1	Biológico	Hongos producidos por aire, polvo, arena y tierra en contacto con la piel o al respirar		X	
1	Biológico	Picaduras por moscos, zancudos, avispas, abejas		X	
1	Biológico	Mordeduras de ratas, perros, gatos, serpientes	X		
2	Fisico	Iluminacion baja o alta en su puesto o area de trabajo		X	
2	Fisico	Ruido por funcionamiento de equipos y maquinaria que produce perdida auditiva, inflamacion interna, dolor		X	
2	Fisico	Vibracion de forma constante en su puesto de trabajo por la maquinaria que opera y las horas que conduce sin realizar pausas activas		X	
2	Fisico	Temperaturas extremas (calor y frio) dependiendo de las condiciones de trabajo		X	
2	Fisico	Radaciones no ionizantes por exposición al sol sin los cuidados pertinentes como son EPP.			X
3	Quimico	demolición, uso de pinturas, disolventes, monoxido de carbono.		X	
3	Quimico	Fibras por exposicion dentro de su entorno laboral como son asbesto, fibra de vidrio, amianto		X	
3	Quimico	Gases y vapores por inhalacion de disolventes, derivados del asfalto, gases, carbon, madera, humo		X	
3	Quimico	Humos metálicos, no metálicos producidos por soldaduras, aerosoles, hollin			X
3	Quimico	Material particulado exposicion de humos, polvos, fibras, gases, vapores, neblinas	X		
4	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	X		
4	Psicosocial	Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor).	X		
4	Psicosocial	Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	X		
4	Psicosocial	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía. Actividades por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido.		X	
4	Psicosocial	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	X		
4	Psicosocial	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos, sobreturnos)	X		
5	Biomecánico (ergonómico)	Por hacer levantamiento o manipulación de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas, esfuerzos, movimientos repetitivos.			X
5	Biomecánico (ergonómico)	Postura prolongada o mantenidas, forzadas por sobrecarga y antigravitacionales		X	
5	Biomecánico (ergonómico)	Movimiento repetitivo en uno o varios segmentos corporales o que requieran esfuerzo físico.		X	
5	Biomecánico (ergonómico)	Manipulación manual de cargas por transporte manual de materiales que produzca levantamiento, descenso, traccion y empuje.	X		
6	Condiciones de seguridad	Mecánico por elementos que pueden dar causal aun accidente como elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos,piezas a trabajar, materiales, proyectados sólidos o fluidos	X		
6	Condiciones de seguridad	En caliente, por trabajos con equipos a altas temperatura que puedan generar quemaduras.			X
6	Condiciones de seguridad	Eléctrico en trabajos de alta, baja y tension estática, contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc			X

6	Condiciones de seguridad	Locativo que sistemas y medios de almacenamiento se van a utilizar para herramientas y materiales, superficies de trabajo limpias sin objetos que se puedan caer que sean irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel y condiciones de orden y aseo dentro del sitio de trabajo	X		
6	Condiciones de seguridad	Tecnológico explosión, fuga, derrame, incendio por manipulación de elementos o uso de equipos o maquinaria		X	
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito peligro mecánico al trabajar en proximidades de maquinaria pesada, volquetas, retroexcavadoras	X		
6	Condiciones de seguridad	Accidentes de tránsito mientras conduce el vehículo y atropellamiento en vías públicas o donde exista circulación de vehículos durante la jornada laboral	X		
6	Condiciones de seguridad	Riesgo público dentro de la jornada laboral robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público		X	
6	Condiciones de seguridad	Trabajo en alturas ejecutado a 1,50 mts o sobre un nivel inferior		X	
6	Condiciones de seguridad	Espacios confinados Lugares que tiene medios limitados de ingreso y salida, estrechos o restringidos. Contiene o podría contener atmósferas peligrosas, por deficiencia de oxígeno por debajo de 19,5%, explosivas o contener otras sustancias tóxicas		X	
7	Fenómenos naturales	Riesgos naturales por sismos,terremotos, vendaval,inundacion, derrumbe, precipitaciones como lluvias granizadas, heladas	X		

YO Lina Guzman Prada identificado con cedula de ciudadania N° 1069726685 doy constancia que he sido informado y entiendo los riesgos a los que estoy expuestos por ejecutar mis funciones como Auxiliar de logistica vehicular, ademas me comprometo a usar adecuadamente,proteger y cuidar mis elementos de proteccion personal que se me han entregado de acuerdo a los riesgos expuestos y seguir las normas de seguridad establecidas.

Lina Marcela Guzmán Prada
Trabajador
c.c1069726685

Notificador
c.c 1033722345.

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo SG-SST F-029
Fecha 16 de agosto de 2022
Version 1
Elaborado por Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 08/08/2022 **CHARLA** ☐ **CAPACITACION** ☒

NOMBRE: OSNEYDER POAS SALAZAR. **CEDULA:** 1003.486.689

AREA/SECCION: OBRA **CARGO:** AYUDANTE OBRA.

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN BRAYAN JARAMILLO SST.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	MECANICOS	ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIENTE
EXCAVACION	ESPACIOS CONFINADOS	ALTURAS / IZAJE /

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción:

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Segu y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afec salud y condiciones de trabajo

Brayan Jaramillo SST

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable del SG-SST
C.C. 1.095.828.271.

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo: SG-SST-F-020
Fecha: 16 de agosto de 2022
Version: 1
Elaborado por Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 08/08/2022 CHARLA [ ] CAPACITACION [X]

NOMBRE: CTO DANIEL ROBLES D. CEDULA: 1069231321

AREA/SECCION: OBRA CARGO: AYUDANTE DE OBRA.

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN BRAYAN JARAMILLO SST.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	MECANICOS	ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIENTE
EXCAVACION	ESPACIOS CONFINADOS	ALTURAS / IZAJE /

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción:

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C. 1069231321

Responsable del SG-SST
C.C. 1.095.828.271

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS
Codigo. SG-SST-F-029
Fecha. 16 de agosto de 2022
Version. 1
Elaborado por:Brayan Jaramillo

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS

FORMATO NOTIFICACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 08/08/2022 CHARLA ☐ CAPACITACION ☒

NOMBRE: YERSON ANDRES PEÑALOZA PABON. CEDULA: 1.069.230.827

AREA/SECCION: OBRA. CARGO: AYUDANTE DE OBRA.

ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN BRAYAN JARAMILLO.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	MECANICOS	ELECTRICO/ TRABAJAJO EN CALIENTE
EXCAVACION	ESPACIOS CONFINADOS	ALTURAS / IZAJE /

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción:

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares, procedimientos generales de Seguric y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte salud y condiciones de trabajo

Yerson A. Peñaloza
Firma del Trabajador
C.C. 1069230827

SST.
Responsable del SG-SST
C.C. 1095828271.

ENTREGA EPP

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	ENTREGA DE DOTACIÓN		
	VIGENCIA: 14/03/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-58

FECHA DE ENTREGA	29-08-22		
NOMBRE DEL COLABORADOR	Flor Emilse Villalba D	NÚMERO DE DOCUMENTO	1012409264
CARGO	Auxiliar de trafico vehicular	ENTREGA CORRESPONDIENTE AL PERIODO	Primera entrega Agosto 2022

Con la entrega del calzado y vestido de labor correspondientes, El Empleador, está dando cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 230 del código sustantivo del trabajo, modificado por el Art. 7 de la ley 11 de 1984.

POLITICA DE USO Y DISPOSICION DE LA DOTACIÓN:

A continuación, se le da a conocer la política de uso y disposición de calzado y vestido de labor, la cual es de estricto cumplimiento para proteger la imagen y de patrimonio de la empresa.

- ✓ Con la firma de la presente acta de entrega de calzado y vestido de labor, necesarias para el desarrollo de las funciones del trabajador y en desarrollo de sus actividades, el trabajador se obliga especialmente a no usarla en labores distintas a la contratada por la Empresa, obligación que se estipula de acuerdo con el numeral 6 del literal a. del artículo 62 del Código sustantivo del Trabajo,
- ✓ No hacer uso de forma correcta del calzado y vestido de labor suministrado o no usarla, le hará perder el derecho a recibir la misma en el periodo siguiente, según lo establecido en el Artículo 233 del código sustantivo del trabajo.
- ✓ El uso inadecuado y disposición final del calzado y vestido de labor para labores distintas a la contratada, la comprobación del mal manejo de la imagen corporativa de la empresa o el uso de la misma para actividades ilícitas, será una falta grave a las obligaciones laborales, por lo cual la Empresa podrá tomar las medidas disciplinarias pertinentes dependiendo del caso, que van desde sanciones disciplinarias hasta la terminación del contrato.
- ✓ Así mismo, La Empresa cuando el calzado y vestido de labor se vea involucrada en una actividad ilícita y exista la certeza sobre la comisión de un delito, formulará la correspondiente denuncia y ejercerá los derechos que considere procedentes.
- ✓ Una vez el calzado y vestido de labor se deterioren o altere su estado ya sea por daño, accidente de trabajo u otros, se debe inutilizar, recortando y destruyendo el logo de la Empresa impreso en la prenda.

DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD ENTREGADA
Camisa	1
botas	1
pantalon	1

Entrega,

Responsable de entrega
Cargo
EMPLEADOR

Recibe,

Flor Emilse Villalba
Nombre del Trabajador
Cargo Auxiliar de transito vehicular
C.C. 1012409764

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-18	Versión 0 2022
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

NOMBRE	N° DE CEDULA	EPP	CASCO			GAFAS			TAPAOIDOS			TAPABOCAS			GUANTES TIPO ING			OVEROLES			BOTAS DE SEGURIDAD			FIRMA DE RECIBIDO TRABAJADOR
		FECHA DE ENTREGA	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	
oto. David Robles D	1069231227	08/08/22			X			X			X			X			X			X			X	
Alvaro Cruz G	3125 404	08/08/22			X			X			X			X			X			X			X	Alvaro Cruz
Osneyda Rojas salazar	1003486 624	08/08/22			X			X			X			X			X			X			X	Osneyda Rojas S.
Juan Jose Gonzalez	1003486851	08/08/22			X			X			X			X			X			X			X	Juan Jose. G
Gabriel cruz Guzman	312.5 444 1	08/08/22			X			X			X			X			X			X			X	Gabriel cruz G
Liduvdel Guzman cruz	81 740 677	08/08/22			X			X			X			X			X			X			X	
Yerson Andrey Penagos A	1669230822	08-08-22			X			X			X			X			X			X			X	Yerson A Penagos
JHON JAIRO MORENO	1069752249	08-08-22			X			X			X			X			X			X			X	JHON
Juan Gabriel cifuentes	1012446010	08-08-22			X			X			X			X			X			X			X	Gabriel C
Crisaul Guzmán	1069231395	08-08-22			X			X			X			X			X			X			X	Crisaul G

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20	Versión: 0
	ENTREGA DE DOTACION	01 Junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 8.08.2022

NOMBRE: Gabriel cruz Guzmán

C.C. No. 3125441 **CARGO:** obrero

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	42	
Botas de seguridad	1	40	
Pantalón	1	42	
Impermeable			
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Artículos 56 y Articulo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Articulo 22 y Articulo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Articulo 85 y articulo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Articulo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

Gabriel cruz Guzmán
Nombre del trabajador
c.c. 3125 441

Brayan Jaramillo SST
Nombre Quien entrega
c/c. 1095828271.

Escaneado con CamScanner

MÁQUINAS AMARILLAS	ENTREGA DE DOTACIÓN		
	VIGENCIA: 12/11/2020	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-58

FECHA DE ENTREGA	12 / Agosto / 2022		
NOMBRE DEL COLABORADOR	Gerardo Valero	NÚMERO DE DOCUMENTO	79614305
CARGO	operador	ENTREGA CORRESPONDIENTE AL PERIODO	Primer Periodo Agosto 2022

Con la entrega del calzado y vestido de labor correspondientes, El Empleador, está dando cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 230 del código sustantivo del trabajo, modificado por el Art. 7 de le ley 11 de 1984.

POLITICA DE USO Y DISPOSICION DE LA DOTACIÓN:

A continuación, se le da a conocer la política de uso y disposición de calzado y vestido de labor, la cual es de estricto cumplimiento para proteger la imagen y de patrimonio de la empresa.

- ✓ Con la firma de la presente acta de entrega de calzado y vestido de labor, necesarias para el desarrollo de las funciones del trabajador y en desarrollo de sus actividades, el trabajador se obliga especialmente a no usarla en labores distintas a la contratada por la Empresa, obligación que se estipula de acuerdo con el numeral 6 del literal a. del artículo 62 del Código sustantivo del Trabajo,
- ✓ No hacer uso de forma correcta del calzado y vestido de labor suministrado o no usarla, le hará perder el derecho a recibir la misma en el periodo siguiente, según lo establecido en el Artículo 233 del código sustantivo del trabajo.
- ✓ El uso inadecuado y disposición final del calzado y vestido de labor para labores distintas a la contratada, la comprobación del mal manejo de la imagen corporativa de la empresa o el uso de la misma para actividades ilícitas, será una falta grave a las obligaciones laborales, por lo cual la Empresa podrá tomar las medidas disciplinarias pertinentes dependiendo del caso, que van desde sanciones disciplinarias hasta la terminación del contrato.
- ✓ Así mismo, La Empresa cuando el calzado y vestido de labor se vea involucrada en una actividad ilícita y exista la certeza sobre la comisión de un delito, formulará la correspondiente denuncia y ejercerá los derechos que considere procedentes.
- ✓ Una vez el calzado y vestido de labor se deterioren o altere su estado ya sea por daño, accidente de trabajo u otros, se debe inutilizar, recortando y destruyendo el logo de la Empresa impreso en la prenda.

DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD ENTREGADA
Botas	1
Camisa	1
Pantalón	1

Entrega,

Responsable de entrega
Cargo
EMPLEADOR

Recibe,

Gerardo Valero Acevedo
Nombre del Trabajador
Cargo operador
C.C. 79614305

MÁQUINAS	ENTREGA DE DOTACIÓN		
	VIGENCIA: 12/11/2020	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-58

FECHA DE ENTREGA	02-08-2022		
NOMBRE DEL COLABORADOR	Heibedo valencia	NÚMERO DE DOCUMENTO	1144027247
CARGO	operador de maquinaria	ENTREGA CORRESPONDIENTE AL PERIODO	Primera entrega Agosto 2022

Con la entrega del calzado y vestido de labor correspondientes, El Empleador, está dando cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 230 del código sustantivo del trabajo, modificado por el Art. 7 de la ley 11 de 1984.

POLITICA DE USO Y DISPOSICION DE LA DOTACIÓN:

A continuación, se le da a conocer la política de uso y disposición de calzado y vestido de labor, la cual es de estricto cumplimiento para proteger la imagen y de patrimonio de la empresa.

- ✓ Con la firma de la presente acta de entrega de calzado y vestido de labor, necesarias para el desarrollo de las funciones del trabajador y en desarrollo de sus actividades, el trabajador se obliga especialmente a no usarla en labores distintas a la contratada por la Empresa, obligación que se estipula de acuerdo con el numeral 6 del literal a. del artículo 62 del Código sustantivo del Trabajo,
- ✓ No hacer uso de forma correcta del calzado y vestido de labor suministrado o no usarla, le hará perder el derecho a recibir la misma en el periodo siguiente, según lo establecido en el Artículo 233 del código sustantivo del trabajo.
- ✓ El uso inadecuado y disposición final del calzado y vestido de labor para labores distintas a la contratada, la comprobación del mal manejo de la imagen corporativa de la empresa o el uso de la misma para actividades ilícitas, será una falta grave a las obligaciones laborales, por lo cual la Empresa podrá tomar las medidas disciplinarias pertinentes dependiendo del caso, que van desde sanciones disciplinarias hasta la terminación del contrato.
- ✓ Así mismo, La Empresa cuando el calzado y vestido de labor se vea involucrada en una actividad ilícita y exista la certeza sobre la comisión de un delito, formulará la correspondiente denuncia y ejercerá los derechos que considere procedentes.
- ✓ Una vez el calzado y vestido de labor se deterioren o altere su estado ya sea por daño, accidente de trabajo u otros, se debe inutilizar, recortando y destruyendo el logo de la Empresa impreso en la prenda.

DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD ENTREGADA
Botas	1
camisa	1
Pantalon	1

Entrega,

Responsable de entrega
Cargo
EMPLEADOR Dir TH.

Recibe,

Heibedo valencia
Nombre del Trabajador
Cargo operador de maquinaria
C.C. 1144027247

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20 ENTREGA DE DOTACION	Versión: 0 01 Junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 08-08-22

NOMBRE: JHON JAIRO MORENO MORALES

C.C. No. 1069752249 | CARGO: OBRERO.

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	44	
Botas de seguridad	1	40	
Pantalón	1	44	
Impermeable	1	44.	
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Artículos 56 y Artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Artículo 22 y Artículo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Artículo 85 y artículo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Artículo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

JHON JAIRO MORENO MORALES
Nombre del trabajador
c.c. 1069752249.

Brayan Jaramillo SST
Nombre Quien entrega
c/c. 1095828271

Escaneado con CamScanner

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20 ENTREGA DE DOTACION	Versión: 0 01 junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 08/08/22

NOMBRE: Juan Jose Gonzalez Delgado

C.C. No. 1003486851 **CARGO:** obrero

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	44	
Botas de seguridad	1	40	
Pantalón	1	44	
Impermeable	1		
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Articulos 56 y Articulo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Artículo 22 y Articulo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Articulo 85 y articulo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Articulo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

Juan Jose Gonzalez D.
Nombre del trabajador
c.c. 1003486851

Brayan Jaramillo SST
Nombre Quien entrega
c/c. 1095828271.

Escaneado con CamScanner

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20 ENTREGA DE DOTACION	Versión: 0 01 Junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 22/08/22

NOMBRE: LEONIDAS CASTAÑEDA

C.C. No. 3.027.928. **CARGO:** MAESTRO

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año 2022

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	42	
Botas de seguridad	1	42	
Pantalón	1	42.	
Impermeable	1	T.U.	
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Artículos 56 y Articulo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Artículo 22 y Articulo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Articulo 85 y articulo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Articulo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

Nombre del trabajador
c.c. 3.027 928.

Brayan Jaramillo.
Nombre Quien entrega
c/c. 1.095.828.271

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL	ENTREGA DE DOTACIÓN		
	VIGENCIA: 14/03/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-58

FECHA DE ENTREGA	26-08-22		
NOMBRE DEL COLABORADOR	Lina Marcela Guzman	NÚMERO DE DOCUMENTO	1069726685
CARGO	auxiliar de trafico vehicular	ENTREGA CORRESPONDIENTE AL PERIODO	Primera entrega Agosto 2022

Con la entrega del calzado y vestido de labor correspondientes, El Empleador, está dando cumplimiento a la obligación consagrada en el articulo 230 del código sustantivo del trabajo, modificado por el Art. 7 de le ley 11 de 1984.

POLITICA DE USO Y DISPOSICION DE LA DOTACIÓN:

A continuación, se le da a conocer la politica de uso y disposición de calzado y vestido de labor, la cual es de estricto cumplimiento para proteger la imagen y de patrimonio de la empresa.

- ✓ Con la firma de la presente acta de entrega de calzado y vestido de labor, necesarias para el desarrollo de las funciones del trabajador y en desarrollo de sus actividades, el trabajador se obliga especialmente a no usarla en labores distintas a la contratada por la Empresa, obligación que se estipula de acuerdo con el numeral 6 del literal a. del artículo 62 del Código sustantivo del Trabajo,
- ✓ No hacer uso de forma correcta del calzado y vestido de labor suministrado o no usarla, le hará perder el derecho a recibir la misma en el periodo siguiente, según lo establecido en el Artículo 233 del código sustantivo del trabajo.
- ✓ El uso inadecuado y disposición final del calzado y vestido de labor para labores distintas a la contratada, la comprobación del mal manejo de la imagen corporativa de la empresa o el uso de la misma para actividades ilicitas, será una falta grave a las obligaciones laborales, por lo cual la Empresa podrá tomar las medidas disciplinarias pertinentes dependiendo del caso, que van desde sanciones disciplinarias hasta la terminación del contrato.
- ✓ Así mismo, La Empresa cuando el calzado y vestido de labor se vea involucrada en una actividad ilicita y exista la certeza sobre la comisión de un delito, formulará la correspondiente denuncia y ejercerá los derechos que considere procedentes.
- ✓ Una vez el calzado y vestido de labor se deterioren o altere su estado ya sea por daño, accidente de trabajo u otros, se debe inutilizar, recortando y destruyendo el logo de la Empresa impreso en la prenda.

DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD ENTREGADA
Botas	1
Camisa	1
Pantalon	1

Entrega,

Responsable de entrega
Cargo Dir TH.
EMPLEADOR

Recibe,

Lina Marcela Guzmán Prada
Nombre del Trabajador
Cargo auxiliar trafico vehicular
C.C 1069726685

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20 ENTREGA DE DOTACION	Versión: 0 01 Junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 08-08 22

NOMBRE: Osneyder Rojas Salazar

C.C. No. 1003 486 689 **CARGO:** Obrero

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	44	
Botas de seguridad	1	40	
Pantalón	1	44	
Impermeable	1	44	
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Artículos 56 y Articulo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Artículo 22 y Articulo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Articulo 85 y articulo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Articulo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

Osneyder Rojas Salazar
Nombre del trabajador
c.c. 1.063 486 689

Brayan Jaramillo SST
Nombre Quien entrega
c/c. 1095828271.

Escaneado con CamScanner

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20 ENTREGA DE DOTACION	Versión: 0 01 Junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 08/08/2022

NOMBRE: oto Daniel Bobles Delgado

C.C. No. 1089231321. **CARGO:** obrero

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	40	
Botas de seguridad	1	40	
Pantalón	1	42.	
Impermeable	1		
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Artículos 56 y Articulo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Artículo 22 y Articulo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Articulo 85 y articulo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Articulo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

oto Daniel Bobles Delgado
Nombre del trabajador
c.c.1069237327

Brayan Jaramillo. SST
Nombre Quien entrega
c/c. 1095828271.

Escaneado con CamScanner

MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS	FOR-JW-SST-18	Versión 0 2022
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

NOMBRE	N° DE CEDULA	EPP	CASCO			GAFAS			TAPAOIDOS			TAPABOCAS			GUANTES TIPO ING			OVEROLES			BOTAS DE SEGURIDAD			FIRMA DE RECIBIDO TRABAJADOR
		FECHA DE ENTREGA	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	R	P	PV	
					X			X			X			X			X			X			X	
Yesid fabian Mora cruz	1003486675	04/10/2022			X			X			X			X			X			X			X	
Mayry Ramirez	1033680375	04/10/22			X			X			X			X			X			X			X	
Jaime Arias	1003670974	04/10/22			X			X			X			X			X			X			X	
Juancarlos Suga	79201620	04/10/22			X			X			X			X			X			X			X	
Leonardo cobilla	1085627622	04/10/22			X			X			X			X			X			X			X	
Hugo Cante	900c9899	04/1022			X			X			X			X			X			X			X	Hugo Cante

Escaneado con CamScanner

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	FOR-JW-SST-20 ENTREGA DE DOTACION	Versión: 0 01 Junio de 2022

FECHA DE ENTREGA: 08 - 08 - 22

NOMBRE: Jerson Andrey penagos

C.C. No. 1069230827 **CARGO:** obrero

PERIODO: I ( ), II ( ), III ( ) Ingreso ( ) del año

DOTACIÓN

ARTÍCULO	CANT.	TALLA	OBSERVACIONES
Camisa	1	42	
Botas de seguridad	1	40	
Pantalón	1	42	
Impermeable	1		
Chaleco reflectivo			
Otro			

DECLARACIÓN: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado; dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo.
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 y obligaciones como trabajador definidos en los Artículos 56 y Articulo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y lo señalado en el DECRETO 1295 DE 1994 en su Artículo 22 y Articulo 91 literal b, y lo establecido en la LEY 9 DE 1979 él Articulo 85 y articulo 88, y la Resolución 2400 de 1979 Articulo 3.

En todo caso **Máquinas y Equipos JW SAS** y el TRABAJADOR acuerdan que la falta de uso de los elementos protección personal, su uso inadecuado y la omisión al cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte del TRABAJADOR constituyen falta grave. En caso de pérdida o deterioro de cualquiera de estos se debe informar al jefe inmediato.

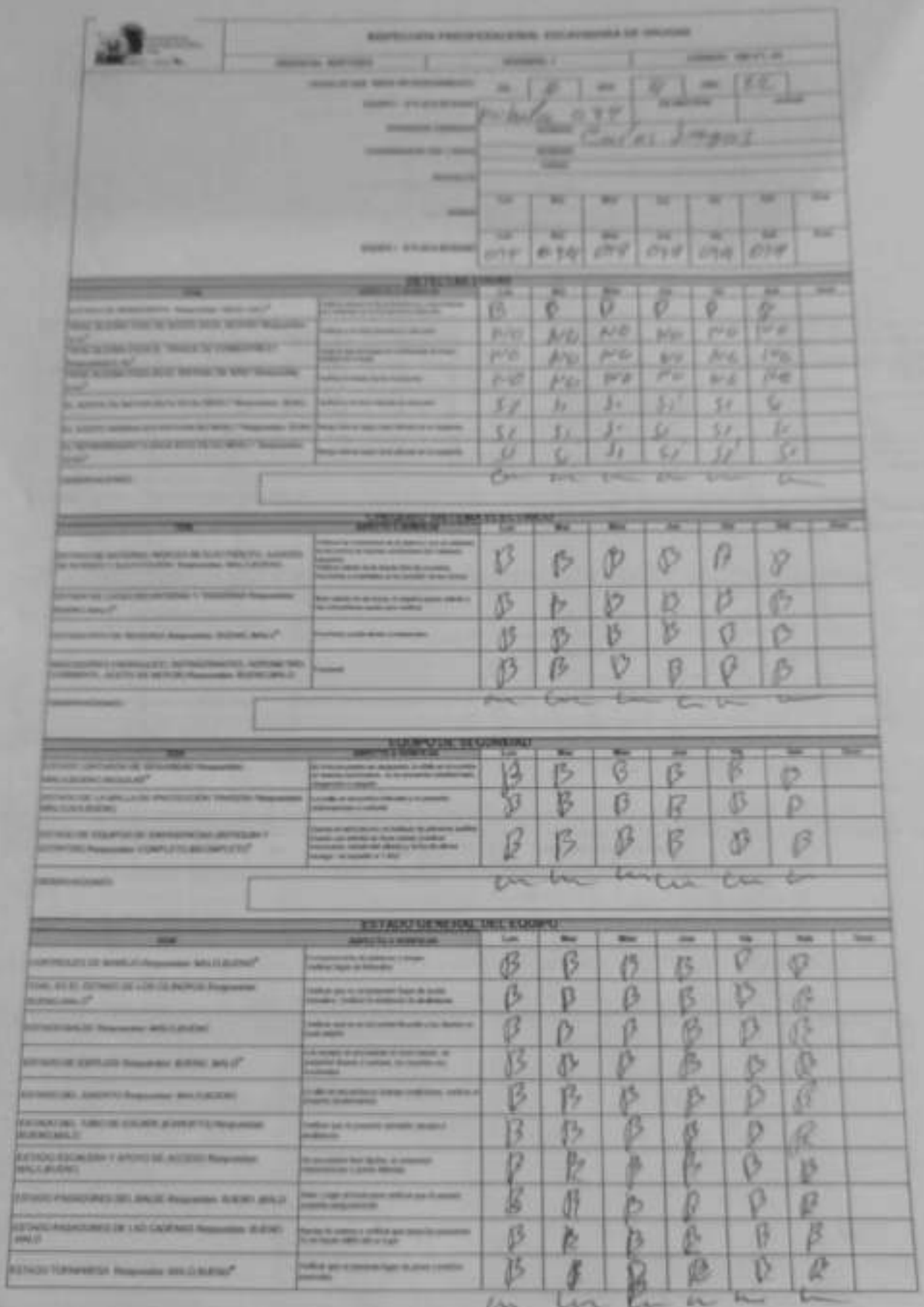
Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido la dotación y elementos de protección personal.

En constancia firman:

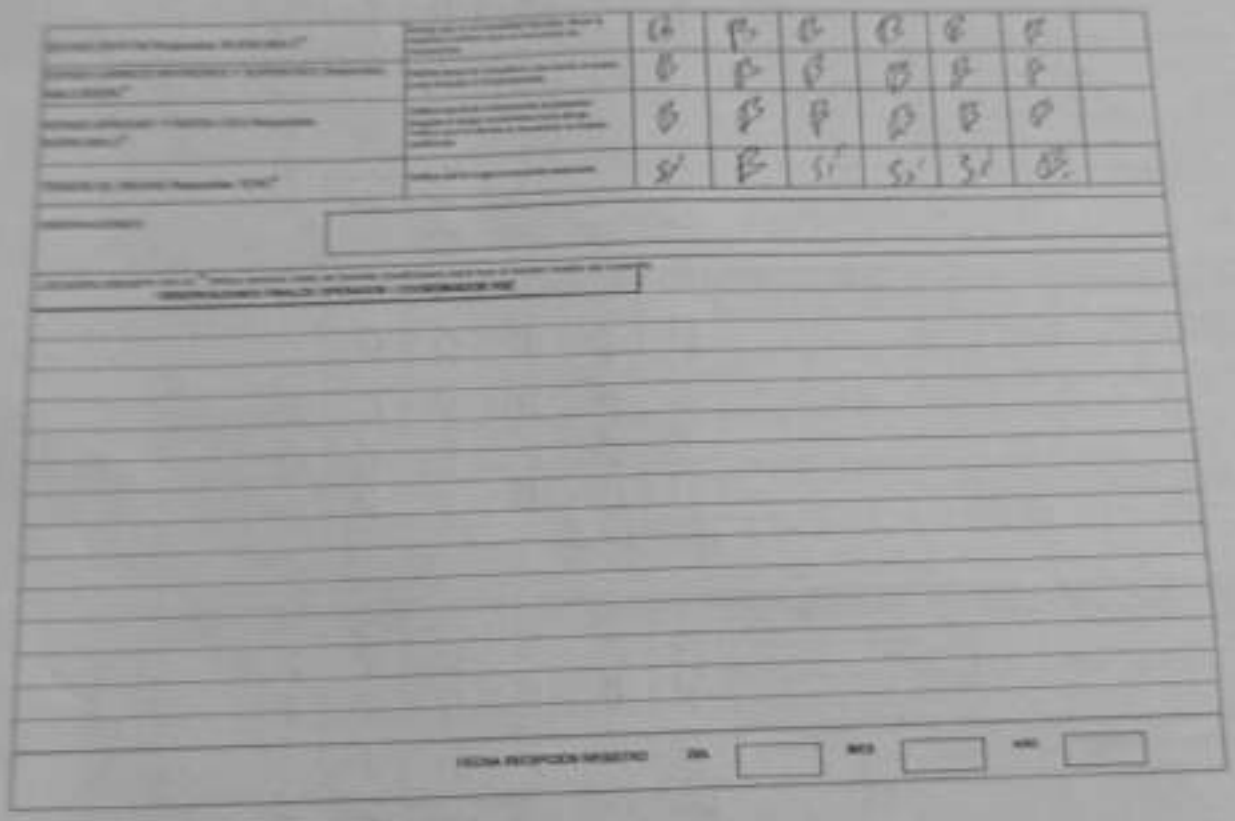
Jerson Andrey penagos
Nombre del trabajador
C.C. 1069230827

Brayan Jaramillo SST
Nombre Quien entrega
c/c. 1095828271.

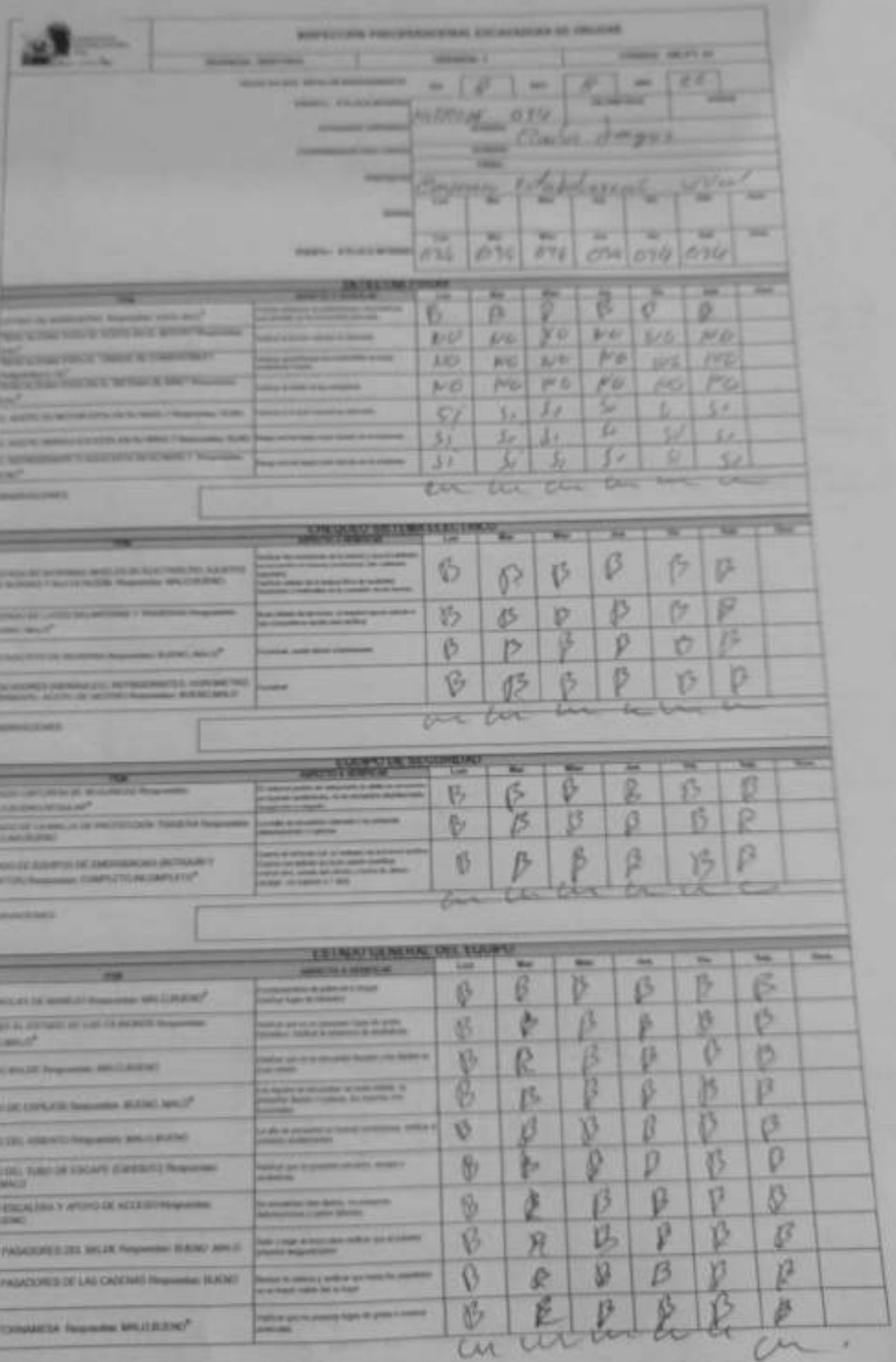
Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXCAVADORA DE ORUGAS

VIGENCIA: 20/07/2022	VERSIÓN: 1	CODIGO: GE-FT- 91

FECHA (DIA-MES-AÑO - INICIO DE ALISTAMIENTO): DIA 1 MES 08 AÑO 2022

EQUIPO (# PLACA INTERNO): HYUNDAI 074 — HORAS/KM:

OPERADOR HORQUERO: NOMBRE: Carlos Diaz C

COORDINADOR HSE | OBRA: NOMBRE: FIRMA:

PROYECTO: Concesión Explotación Vial

SEMANA	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
Equipo (# PLACA INTERNO)	074	074	074	074	074		

DETECTAR FUGAS

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
ESTADO DE MANGUERAS: Responden: bueno, malo*	Verificar ausencia de ampollamiento o resquebrajamiento en manguera en toda su extensión visible	B	B	B	B	B	B	
TIENE ALGUNA FUGA DE ACEITE EN EL MOTOR? Responden: si, no*	Verificar si el nivel requerido se encuentra	B	B	B	B	B	B	
TIENE ALGUNA FUGA EL TANQUE DE COMBUSTIBLE? Responden: si, no*	Verificar que el tanque no presenta fugas en ninguna parte visible o tapa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
TIENE ALGUNA FUGA EN EL SISTEMA DE AIRE? Responden: si, no*	Verificar el sistema de aire si alguna	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
EL ACEITE DE MOTOR ESTA EN SU NIVEL? Responden: SI, NO	Verificar si el nivel requerido se encuentra	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
EL ACEITE HIDRAULICO ESTA EN SU NIVEL? Responden: SI,NO	Verificar nivel de aceite hidraulico en el tanque	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
EL REFRIGERANTE O AGUA ESTA EN SU NIVEL? Responden: SI,NO*	Verificar nivel de agua del radiador en el tanque	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

OBSERVACIONES: Ext. Cuba Aire Libre OK

CHEQUEO SISTEMA ELECTRICO

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
ESTADO DE BATERIAS, NIVELES DE ELECTROLITO, AJUSTES DE BORNES Y SU FIJACIÓN. Responden: MALO,BUENO	Verificar las condiciones de la batería y que no presenten un excesivo calentamiento por corrosión indicativo Verificar estado de la misma libre de suciedad, corrosión o residuales en los conectores de los mismos	B	B	B	B	B	B	
ESTADO DE LUCES DELANTERAS Y TRASERAS Responden: BUENO, MALO*	Que estén en su lugar, si alguno apriete sobre si con cuidadosamente durante para verificar	B	B	B	B	B	B	
ESTADO PITO DE REVERSA Responden: BUENO, MALO*	Funcional, prueba sonido y funcionamiento	B	B	B	B	B	B	
INDICADORES (HIDRAULICO, RESTRICCIONANTES, HORIMETRO, CORRIENTE, ACEITE DE MOTOR) Responden: BUENO,MALO	Funcional	B	B	B	B	B	B	

OBSERVACIONES: Ext. OK Luces OK OK

EQUIPO DE SEGURIDAD

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
ESTADO CINTURON DE SEGURIDAD Responden: MALO,BUENO,REGULAR*	Se ordena puede ser asegurado de sitio en excelente en cuanto condiciones, se no encuentra debidamente, ninguno con ( ) reporte	B	B	B	B	B	B	
ESTADO DE LA BARRA DE PROTECCION FRONTAL Responden: MALO,MAL,BUENO	La cabina se encuentra adecuada y en completa adecuadamente o cubierta	B	B	B	B	B	B	
ESTADO DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS (BOTIQUIN Y EXTINTOR) Responden: COMPLETO,INCOMPLETO*	Chequeo el extintor con el indicador de presión verifica Cuenta con extintor en buen estado (verificar manómetro), extinto del extintor y revisar en último mes de vigencia - no superior a 1 año	B	B	B	B	B	B	

OBSERVACIONES: Ext. OK Cabina OK OK

ESTADO GENERAL DEL EQUIPO

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
CONTROLES DE MANEJO Responden: MALO,BUENO*	Funcionamiento de palancas y mogas Verificar fugas de lubricante	B	B	B	B	B	B	
CUAL ES EL ESTADO DE LOS CILINDROS Responden: BUENO,MALO*	Verificar que no se presenten fugas de aceite hidráulico, Verificar no presenten de vástagos en	B	B	B	B	B	B	
ESTADO BALDE Responden: MALO,BUENO	Verificar que no se encuentre fisurado y no doblen en buen estado	B	B	B	B	B	B	
ESTADO DE ESPEJOS Responden: BUENO,MALO*	Los espejos se encuentren en buen estado, no presenten fisuras y roturas, los soportes son funcionales	B	B	B	B	B	B	
ESTADO DEL ASIENTO Responden: MALO,BUENO	La silla se encuentra en buenas condiciones, verificar si presenta desgarramientos	B	B	B	B	B	B	
ESTADO DEL TUBO DE ESCAPE (EMISIÓN) Responden: BUENO,MALO	Verificar que no presente ruidosos, escapes o desfallecidos	B	B	B	B	B	B	
ESTADO ESCALERA Y APOYO DE ACCESO Responden: MALO,BUENO	Se encuentran bien fijados, no presentan deformaciones o partes faltantes	B	B	B	B	B	B	
ESTADO PASADORES DEL BALDE Responden: BUENO, MALO	Subir y bajar el balde para verificar que el pasador presenta desplazamiento	B	B	B	B	B	B	
ESTADO PASADORES DE LAS CADENAS Responden: BUENO, MALO	Observar la cadena y verificar que todos los pasadores no se hayan salido del su lugar	B	B	B	B	B	B	
ESTADO TORNAMESA Responden: MALO,BUENO*	Verificar que no presenten fugas de grasa o aceites excesivos	B	B	B	B	B	B	

OBSERVACIONES: Ext. OK OK OK

Escaneado con CamScanner

		B	B	B	B	B	B	
		B	B	B	B	B	B	
		B	B	B	B	B	B	
		S1	S1	S	B	B	B	

OBSERVACIONES

FECHA RECEPCIÓN PEDIDO DÍA MES AÑO

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

VIGENCIA: 14/06/2022	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: SIG-FT-63

PROYECTO: Sumapaz / La unión

RESPONSABLE DE INSPECCIÓN: Diana Espinosa

ESTADO GENERAL: A partir de estas casillas la metodología de calificación será la siguiente

CONVENCIONES UTILIZADAS
B: BUENO
R: REGULAR
M: MALO
Recuerde que los equipos en malas condiciones deben ser reemplazados inmediatamente

Item	UBICACIÓN	FECHA DE INSPECCIÓN	CAPACIDAD					AGENTE EXTINTOR						Fecha de Recarga		ESTADO GENERAL														Observaciones	Responsable de inspección
								PQS		CO2		H2O		Agente Limpio		Mes	Año	Manómetro			Golpe	Cilindro	Boquilla	Manguera	Seguro	Etiqueta	Pintura	Señalización				
			B	B	B	B	Otros	SI	NO	Cumple	No cumple	SI	NO	Cumple	No cumple			Cumple	No cumple	N/A												
1	Vigía 223	09/04/2022					50	X					X			05	22	K			B	B		B	B	B	B	B	B	B	Extinto	Extinto
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																																

Escaneado con CamScanner

MAQUINARIA

SEGURIDAD

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	901515046-8	MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS	CRA 7 12B 84	3134733182	wespi1980@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	SUMAPAZ	00012345	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-07	E	16/08/2022	61067000	$1.368.700	

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	16.000	0		0		0	6	100	0	16.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	104.000	0		0		0	6	600	0	104.600	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	16.000	0		0		0	6	100	0	16.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	10.700	0		0		0	6	100	0	10.800	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	48.000	0		0		0	6	300	0	48.300	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	778.700	0	0	0	0	6	4.000	0	782.700	11

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	339.300				339.300	6	1.800	341.100			3.393	341.100	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	48.700	6	300	49.000	11

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	5	194.700	195.900
Pensión	1	778.700	782.700
Riesgos Laborales	1	339.300	341.100
CCF	1	48.700	49.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.361.400	1.368.700

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	901515046-8	MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS		CRA 7 12B 84	3134733182	wespi1980@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	C – MIPYME	SUMAPAZ	00012345	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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**
					11	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2022-08	2022-07	E	16/08/2022	61067000	$1.368.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1001170122	SUSA TORRES JULIAN ABDENAGO	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPSC34	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
2	CC	1003486475	CLAVIJO HILARION FREDY EDILSON	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS017	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
3	CC	1003486690	CIFUENTES BARBOSA JIMMY ALEJANDRO	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPSC34	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
4	CC	1069740813	PENAGOS MELO JORGE ALEJANDRO	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS002	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
5	CC	1069760036	VILLALVA ARDILA REINEL	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS017	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
6	CC	1069768645	REY POLO RENE	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS037	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
7	CC	1095828271	JARAMILLO RIOS BRAYAN DANIEL	1	0			S	X																230301	266.667	42.700	0	0	0	0	EPS041	266.667	10.700	14-11	266.667	5	18.600	CCF21	266.667	2.700	0	0	0	0	0
8	CC	3125343	POLO ROJAS LUIS ALBEIRO	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPSC34	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
9	CC	3130204	ROMERO ROMERO FLORARDO	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS017	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0
10	CC	3276330	BAQUERO EDGAR ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.600	CCF21	1.000.000	10.000	0	0	0	0	0
11	CC	80779623	MORALES CIFUENTES JAVIER	1	0			S	X																230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS017	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF21	400.000	4.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 03 de Agosto de 2022

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 MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , 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
C1012446010	CIFUENTES BARBOSA JUAN GABRIEL	04/08/2022		13520923	DEPENDIENTE
C3125404	CRUZ GUZMAN ALVEIRO	04/08/2022		224J1499	DEPENDIENTE
C3125441	CRUZ GUZMAN GABRIEL	04/08/2022		12513615	DEPENDIENTE
C1003486851	GONZALEZ DELGADO JUAN JOSE	04/08/2022		18624492	DEPENDIENTE
C1069231395	GUZMAN CRUZ CRISAYER	04/08/2022		24381363	DEPENDIENTE
C81740637	GUZMAN CRUZ LIBARDO	04/08/2022		18716924	DEPENDIENTE
C1069752249	MORENO MORALES JHON JAIRO	04/08/2022		25042140	DEPENDIENTE
C1069230827	PENAGOS PABON YERSON ANDREY	04/08/2022		Wq216I23	DEPENDIENTE
C1069231321	ROBLES DELGADO OTO DANIEL	04/08/2022		rBE11671	DEPENDIENTE
C1003486689	ROJAS SALAZAR OSNAYDER	04/08/2022		N167173Q	DEPENDIENTE
C1001170073	SANABRIA PENAGOS FRANCY YOLIMA	04/08/2022		15401581	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C107684122221552499

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 03/08/2022 14:34:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.191, 192.230.104.7, 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
4008786528	2|2|0|8|2|0|2|2

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. Colectiva ☐ **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			
MELO Primer apellido	Segundo apellido	ARNOLDO Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	3080157	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|7|1|9|7|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

CR 133 126 89 **Dirección**	8504123 **Telefono fijo**	**Telefono celular**	ARNALDO@GMAIL.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 SUBA - VS SUBA	VSSUBA - VSSUBA
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)
MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS	NIT	901515046	01

39.Ubicación

CR 7 12 B 84 OF 504 Dirección	3134733182 Teleéfono	ASESOR.JURI80@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4008786528

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|2|0|8|2|0|2|2

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

Arnaldo Melo	William Espinosa
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.

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:

ARNOLDO MELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.080.157**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Julio del 2022.

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/08/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901563835	**Cédula Usuario:**	CC 1032362624
Nombre:	CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL				
Dirección:	KR 17 142 25				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	TALENTOHUMANO@MAQUIAMARILLAS.COM				
Teléfono:	3115816505		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032362624	HERNANDO LAVERDE MANJARRE

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	17	29/08/2022	CC 1012409264	VILLALBA DELGADO FLOR	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.

MS_4_1_1_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

11E1C675DE6E8B5D2823FAF316FDD91B

Certificado impreso el día 8/26/2022 4:02:29 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
Compañía de Seguros

POSITIVA

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

FLOR EMILSE
VILLALBA DELGADO
1012409264

CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL
901563835

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Núm. de Radicación | Fecha de Radicación

164219349

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

DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Villalba | Segundo Apellido: Delgado | Primer Nombre: Flor | Segundo Nombre: Emilse

7. Tipo de documento de identidad: CN, TI, CE, CD, RC, CC (X), PA, SC
8. Número del documento de identidad: 1012409264
9. Sexo: Femenino (X) — Masculino
10. Fecha de nacimiento

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.000.000
18. Residencia — Dirección: Vereda La Unión Sumapaz
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3144319297 | Correo Electrónico: 926AFlo@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogotá | Zona: Urbana (X) — Rural | Localidad / Comuna | Departamento: Bogotá

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

36. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consultorio estabilización	NIT CE TI CC PA CD	901563835	

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

C. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN RC TI CE CC PA CD SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				29/08/2022

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

D. 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 interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley funciones lo requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

E. FIRMAS

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

F. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC (Cantidad) TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y de bienes, escritura pública de cesación de efectos civiles de matrimonio religioso 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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACION
FOLIOS 1 Rad
Recibido por
Fecha 30-08-2022

- [ ] 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 beneficiarios o se ordene la afiliación de oficio

G. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones:

Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado [illegible] la veracidad de la información registrada y dichas declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sección precontractual
NOAS SEGUROS LIMITADA NIT:900722885-4		

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

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 1012409264
NOMBRES Y APELLIDOS	Villalba Delgado,Flor Emilse
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/10/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Subsidiado

La presente se expide a nombre de Villalba Delgado,Flor Emilse, a los 25 días del mes de agosto del año 2022.

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

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:

FLOR EMILSE VILLALBA DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.409.264**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **FLOR EMILSE VILLALBA DELGADO** identificado(a) con **CC** número **1.012.409.264** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, se encuentra en estado Inactivo en el FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de agosto de 2022.

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) FLOR EMILSE VILLALBA DELGADO identificado(a) con CC No. 1012409264, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL con NIT 9015638357:

- Fecha de afiliación a la Caja: 29/08/2022.
- Fecha de ingreso a la empresa: 29/08/2022.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/08/2022

VIGILADO SuperSubsidio

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009044918

9009044918

No. de Radicación: 24325020

Fecha de Radicación: 03 08 2022

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: 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: CRUZ	Segundo Apellido: GUZMAN	Primer Nombre: GABRIEL	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	3125441	Femenino: Masculino: X	D 12 D M 02 M A 1984 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
0	Tipo: Condición:	0		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CRA 7 12 86		NT	3214456709
Correo electrónico	Municipio / Distrito: BOGOTA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna: DISTRITO CAPITAL	Teléfono fijo

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
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 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	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
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)
MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	NT	901515046	

39. Ubicación				
CARRERA 7 12 B 84 OF 504	8504123	miguelangelrr7@hotmail.	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: 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	03 08 2022

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: OBRERO 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

PONTYCO S.A. NIT. 860.013.453 - 8 TEL. (1)594 80 88

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009044918

9009044918

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 envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la 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.

Asi 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 (articulo 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 GABRIEL CRUZ GUZMAN

Identificación: CC 3125441

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º 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 GABRIEL CRUZ GUZMAN

Identificación: CC 3125441

"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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GABRIEL CRUZ GUZMAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3125441,** se encuentra afiliado/a desde **10/01/2006** 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 agosto de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Blanca Nubia Ramirez Aldana
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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/08/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900456311	**Cédula Usuario:**	CC 1032362624
Nombre:	MAQUINAS AMARILLAS SAS				
Dirección:	CRA 17 nO 142-25				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	FINANCIERA@MAQUINAMARILLAS.COM				
Teléfono:	7023066		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032362624	HERNANDO LAVERDE MANJARRE

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	470	16/08/2022	CC 79814305	WILCHES TAMARA GERARDO	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.

Cordial saludo,

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

897AC0D026D44796DF326D5CD6251BB6 Certificado impreso el día 8/12/2022 3:06:36 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva: 01 8000 111170, en Bogotá (601) 330 7000.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

GERARDO
WILCHES TAMARA
79614355

MAQUINAS AMARILLAS SAS
800459311

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9009082721

9009082721

No. de Radicación: 24386001

Fecha de Expedición: 16 08 2022

WILCHES | TAMARA | GERARDO

CC | 79614305 | 18 11 1972

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

$1.800.000

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S | NT | 900459311

CR 17 142 25 | 7023060 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

16 08 2022

CARGO: OPERADOR DE EXCAVADORA

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GERARDO WILCHES TAMARA Identificado(a) con CC 79614305 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de COTIZACION.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/02/2015**
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 Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de Enero del año 2020.

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:

GERARDO WILCHES TAMARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.614.305**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Agosto del 2022.

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.

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) GERARDO WILCHES TAMARA identificado(a) con CC No. 79614305, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de MAQUINAS AMARILLAS S.A.S. con NIT 9004593111:

- Fecha de afiliación a la Caja: 16/08/2022.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/08/2022.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 16/08/2022

VIGILADO SuperSubsidio

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/08/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900459311	**Cédula Usuario:**	CC 1032362624
Nombre:	MAQUINAS AMARILLAS SAS				
Dirección:	CRA 17 nO 142-25				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	FINANCIERA@MAQUIAMARILLAS.COM				
Teléfono:	7023060		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032362624	HERNANDO LAVERDE MANJARRE

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 480	23/08/2022	CC 1144027247	PALENCIA CARDONA HERIBERTO	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.

WS_4_1_1_R13 V_04

Cordial saludo,

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

3D3D65009ADB380D019C658A7D50D183 Certificado impreso el día 8/22/2022 12:55:09 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
Compañía de Seguros

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase 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

HERIBERTO
PALENCIA CARDONA
1144027247

MAQUINAS AMARILLAS SAS
900658311

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 23/08/2022, el empleador MAQUINAS AMARILLAS SAS identificado con NIT número 900459311 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4771555	23/08/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1144027247	HERIBERTO PALENCIA CARDONA	1500000	OPERADOR DE MAQUINA	2022-08-23

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Agosto del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1144027247
NOMBRES	HERIBERTO
APELLIDOS	PALENCIA CARDONA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/09/2022 19:55:13	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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 900.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HERIBERTO PALENCIA CARDONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.144.027.247**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Agosto del 2022.

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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HERIBERTO PALENCIA CARDONA identificado(a) con CC No. 1144027247, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de MAQUINAS AMARILLAS S.A.S. con NIT 9004593111:

- Fecha de afiliación a la Caja: 23/08/2022.
- Fecha de ingreso a la empresa: 23/08/2022.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) SOFIA PALENCIA OLAYA, ANDRES FELIPE PALENCIA OLAYA, JULIETH ALEJANDRA OLAYA

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 23/08/2022

VIGILADO SuperSubsidio

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JESUS EVELIO PERDOMO VARGAS identificado con Cédula Ciudadanía No. 4900534, de la empresa MAQUINAS AMARILLAS SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 04/01/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000128174.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Ingreso por Internet el 15/01/2020 06:07:36 p. m.
INCOC: 15/01/2020 06:07:36 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4003312075	2|0|0|2|2|0|1|9

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ C. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**	**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PERDOMO (Primer apellido)	VARGAS (Segundo apellido)	JESUS (Primer nombre)	EVELIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	4800534	Femenino ☐ Masculino ☒	0|7|0|1|9|5|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

(Si no pertenece)

nia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
9	Tipo ☐☐☐ Condicion ☐☐		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1571040

18.Residencia

TV 10 30B 22 Dirección	Telefono fijo	3103661879 Telefono celular	NOTIENECORREO@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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo documento de Identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
01					
02					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	I	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						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
A	-	-
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MAQUINAS AMARILLAS SAS	NIT	900458311	01

39.Ubicación				
CR 17 142 26 BRR CEDRITOS Dirección	7023060 Telefono	RHMAQUINASAMARILLAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

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 inscripción 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 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 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: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha (D/M/A)

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

46. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

47. ☐ Declaración de evidencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

48. ☐ Declaración de no inscripción del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados a [illegible] en otra Institución Prestadora de Salud.

49. ☐ 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.

50. ☐ 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 lo requieran.

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 lo requieran.

52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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
Jesus Peidano	Jenifer Bombilla

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 unión 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 unión marital.

☐ 60. Copia sentencia de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consta la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Salud Total

Bogotá, Febrero 19 de 2019

Señor:
PERDOMO VARGAS JESUS EVELIO
CC. 4900534
TV 10 30B 22 - 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 Agosto 20 de 2002. 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
PERDOMO MARTINEZ LUISA FERNANDA	1013113142	R	Oct-16-2019	126	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PERDOMO VARGAS JESUS EVELIO	4900534	C	Ago-20-2002	511	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ HIDALGO MARTA CECILIA	52196182	C	Nov-21-2000	632	0	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
ALEMAN BELLO Y CIA	4900534	Dependiente	CERRADO
ALEMAN BELLO Y CIA	4900534	Dependiente	CERRADO
ALEMAN BELLO Y CIA	4900534	Dependiente	CERRADO
ALEMAN BELLO Y CIA	4900534	Dependiente	CERRADO
ALEMAN BELLO Y CIA	4900534	Dependiente	CERRADO
ALEMAN BELLO Y CIA	4900534	Dependiente	CERRADO
CERON JESUS MANUEL	4900534	Dependiente	CERRADO
COLOMBIANA DE CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO DE	4900534	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO AUTOSUR	4900534	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CARRETERO	4900534	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO EL PORVENIR MIRAFLOREZ	4900534	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO TIERRAS BOYACA	4900534	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES ROMA LTDA	4900534	Dependiente	CERRADO
INCOPAV SA	4900534	Dependiente	CERRADO
ING CONSTRUCTORES GAYCO SA	4900534	Dependiente	CERRADO
ING CONSTRUCTORES GAYCO SA	4900534	Dependiente	CERRADO
ING CONSTRUCTORES GAYCO SA	4900534	Dependiente	CERRADO
INGECOLMAQ LTDA	4900534	Dependiente	CERRADO
INGENIERIA DE VIAS LTDA	4900534	Dependiente	CERRADO
INGENIERIA DE VIAS LTDA	4900534	Dependiente	CERRADO
JOSE REINA	4900534	Dependiente	CERRADO
MAQUINAS AMARILLAS SAS	4900534	Dependiente	CERRADO
MAQUINAS AMARILLAS SAS	4900534	Dependiente	CERRADO
MAQUINAS AMARILLAS SAS	4900534	Dependiente	CERRADO
MONTECZ SA	4900534	Dependiente	CERRADO
SANCHEZ JOSE RAUL	4900534	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS Y MONTAJES SOMOS SAS	4900534	Dependiente	CERRADO
SOCAR INGENIERIA LTDA	4900534	Dependiente	CERRADO
TERMOTECNICO COINDUSTRIAL SA	4900534	Dependiente	CERRADO
TERMOTECNICO COINDUSTRIAL SA	4900534	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,

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **JESUS EVELIO PERDOMO VARGAS** identificado(a) con **CC** número **4.900.534** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 10 de febrero de 1995.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

NIT. 860007336-1

SERVICIOS DE AFILIACIONES EN LINEA

NOVEDADES DE TRABAJADORES

Transacción Exitosa. La novedad de ingreso ha sido radicada con el número 17231898

Datos de la Empresa

Identificación Empresa	NIT 900459311
Razón Social	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.

Datos del Trabajador

Identificación Trabajador	Cédula 4900534
Nombre	JESUS EVELIO PERDOMO VARGAS
Fecha Registro Afiliación	19/02/2019

VIGILADO

Bogotá D.C., 19/02/2019

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009044953

9009044953

No. de Radicación: 24325067

Fecha de Radicación: 03 08 2022

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: 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: MORENO	Segundo Apellido: MORALES	Primer Nombre: JOHN	Segundo Nombre: JAIRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1069752249	Femenino: Masculino: X	D 12 D M 08 M A 1995 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
0	Tipo: Condición:	0		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	CRA 7 2 31	Teléfono fijo	3209876654

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	BOGOTA	Urbana: X Rural:		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
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a 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	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
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)
MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	NT	901515046	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 7 12 B 84 OF 504	8504123	miguelangelrr7@hotmail.	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	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	03 08 2022

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	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	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: OBRERO DE CONSTRUCCION

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.

PONTYCO S.A. NIT. 860.513.462 - 9 TEL. (1)594 80 88

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009044953

9009044953

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 envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la 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.

Asi 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 (articulo 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 JOHN JAIRO MORENO MORALES

Identificación: CC 1069752249

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º 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 JOHN JAIRO MORENO MORALES

Identificación: CC 1069752249

"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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORENO MORALES JOHN JAIRO** identificado(a) con **CC** número **1.069.752.249** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio 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 03 de agosto de 2022.

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

202208031510

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JORGE LEONARDO TEJEDOR AGUILAR identificado con Cédula Ciudadanía No. 1055552094, de la empresa MAQUINAS AMARILLAS SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 04/01/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000128251.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del **COTIZANTE**	
CC 1055552094 TEJEDOR AGUILAR JORGE LEONARDO	
Estado Cotizante:	**ACTIVO**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**01/12/2019**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el dia 6 de Noviembre de 2020 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1055552094
NOMBRES	JORGE LEONARDO
APELLIDOS	TEJEDOR AGUILAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/05/2020 10:41:21	Estación de origen:	181.49.138.186

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

medimás No. 3015826642

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

1. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

Scanned by CamScanner

medimás

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

El Señor JORGE LEONARDO TEJEDOR AGUILAR , identificado con Cédula Ciudadanía 1.055.552.094, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JORGE LEONARDO TEJEDOR AGUILAR		
Número de identificación:	1055552094	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	13/08/2018	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al dia - empleador pago al dia
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
ción actual de residencia:	12345778233567	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4291654	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
901175429	CONSULTORIA INTEGRAL CR SAS	03/05/2019	05/05/2019

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1022970820	CC	YULI ANDREA DURAN PEÑA	13/08/2018	VIGENTES		CONYUGE
BENEFICIARIO	1033812953	RC	JOEL SANTIAGO TEJEDOR DURAN	13/08/2018	VIGENTES		HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE
BENEFICIARIO	1056504482	TI	YISOL STEFANIA FARFAN DURAN	01/06/2018	RETIRADOS	01/01/2019	HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 11 días del mes de Julio de 2019, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS. DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **JORGE LEONARDO TEJEDOR AGUILAR** identificado(a) con **CC** número **1.055.552.094** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, se encuentra en estado Inactivo en el FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

A D
14330026178OO
2019-07-17 10:05 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (O)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación: Día / Mes / Año

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS
- ☐ Nombre
- ☐ Documento de Identificación
- ☐ Estado civil
- ☐ Discapacidad

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO
- ☐ Hijos
- ☐ Hermanos
- ☐ Padres
- ☐ Hijastros

RETIROS
- ☐ Voluntario
- ☐ Cobrado por fallecimiento
- ☐ Personas a cargo
- ☐ Cese de convivencia
- ☐ Cambio de grupo familiar

DATOS DE UBICACIÓN
- ☐ Dirección y teléfono
- ☐ Correo electrónico

Otro:

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ No.

Nombre o Razón Social:

Sector: Oficial ☐ Privado ☐ Mixto ☐

Dirección:

Departamento:

Teléfono:

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☐ Servicio Doméstico ☐ Madre Comunitaria ☐ Tarifa independiente 2% ☐ Pensionado aporte del 0% ☐ Pensionado aporte del 0,5% ☐ Pensionado aporte del 2% ☐ Cotizante 25 años ☐ Facultativo aporte del 0,6% ☐ Facultativo aporte del 2% ☐ Independiente aporte 0,5% ☐

Independiente aporte 2% ☐ Residente en el exterior ☐ ¿Afiliación por primera vez? SI ☐ NO ☐

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:

Otro:

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

TIPO ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ TI ☐ PE ☐ No.

Nivel Ocupacional:
Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐

Estado Civil: SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año

Género: M ☐ F ☐

Nombre de la empresa:

Horas/mes:

Trabajo: SI ☐ NO ☐

Salario básico/devengado:

Celular:

Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Profesional ☐ otro ☐

EPS (Solo para independientes):

AFP (Solo para independientes):

Dirección de residencia:

Municipio:

Zona: Rural ☐ Urbano ☐

Teléfono:

Dirección de trabajo:

Municipio:

Zona: Rural ☐ Urbano ☐

Teléfono:

Correo Electrónico:

País de Residencia:

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre o razón social:

NIT:

Horas/mes:

Salario básico:

Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ TI ☐ PE ☐ No.

Nombres:

Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año

Género: M ☐ F ☐

Trabaja: SI ☐ NO ☐

Salario básico:

Fecha de ingreso a la empresa: Día / Mes / Año

Razón social:

Primer apellido:

Segundo apellido:

NIT:

Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐

Caja por la cual recibe subsidio:

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Parentesco: CÓD

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Cód.	Tipo Doc.	No. Documento Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Cónyuge	Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Género

¡Apreciado Afiliado! Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesta conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercancías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se lleven a cabo todas las actividades relativas a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales la misma participación accionaria o de capital o calidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, tanto en Colombia como en el exterior, para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitación a eventos, realización de encuestas, estudios de mercado, consolidación de información, prospección comercial, análisis estadísticos, investigación de servicios y productos a través de los diferentes canales de atención, y en especial para el envío de comunicaciones relacionadas con la actividad de la Caja de Compensación Familiar, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones a través de cualquier medio conocido o por conocer, incluyendo mensajes de texto, correo electrónico, redes sociales, entre otros.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009044996

9009044996

No. de Radicación: 24325126

Fecha de Radicación: 03 08 2022

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: 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: GONZALEZ	Segundo Apellido: DELGADO	Primer Nombre: JUAN	Segundo Nombre: JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1003486851	Femenino: Masculino: X	D D: 11 M M: 11 A A A A: 2000

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: F N M Condición: T P	0		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	CRA 7 2 30	Teléfono fijo: NT	3214456700
Correo electrónico:	Municipio: BOGOTA	Zona: Urbana X Rural	Localidad / Comuna: 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 (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 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	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
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)
MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	NT	901515046	

39. Ubicación				
CARRERA 7 12 B 84 OF 504	8504123	miguelangelrr7@hotmail.	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 ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
				03 08 2022

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 ☐opia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad: Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

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.

PONTYCO S.A. NIT. 860.013.453 - 8 TEL. (1)594 80 88

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009044996

9009044996

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 envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la 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.

Asi 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 (articulo 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 JUAN JOSE GONZALEZ DELGADO

Identificación: CC 1003486851

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º 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 JUAN JOSE GONZALEZ DELGADO

Identificación: CC 1003486851

"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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003486851,** *no está registrado/a* en el 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 agosto de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
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

Medellín, 01 de octubre de 2022

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 MAQUINAS Y EQUIPOS J W 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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1085102692	COBILLA OBREGON LEONARDO	02/10/2022		23213462	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 01/10/2022 08:50:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.21.37, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/10/2022, el empleador MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS identificado con NIT número 901515046 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4905538	03/10/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1085102692	LEONARDO COBILLA OBREGON	1000000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2022-10-03

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Octubre del año 2022.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **COBILLA OBREGON LEONARDO** identificado(a) con **CC** número **1.085.102.692** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de octubre de 2022.

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

2022100108523

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008786466	2|2|0|8|2|0|2|2

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. Colectiva ☐ **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			
CASTAÑEDA Primer apellido	Segundo apellido	LEONIDAS Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	3027428	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|6|1|9|6|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

TV 81 BIS 34 34 **Dirección**	8504123 **Telefono fijo**	**Telefono celular**	LEONIDAS@GMAIL.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)
MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS	NIT	901515046	01

39.Ubicación

CR 7 12 B 84 OF 504 Dirección	3134733182 Teleéfono	ASESOR.JURI80@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4008786466

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|2|0|8|2|0|2|2

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

Leonidas Castañeda	William Espinosa
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.

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:

LEONIDAS CASTAÑEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.027.428**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Mayo del 2022.

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/08/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901563835	**Cédula Usuario:**	CC 1032362624
Nombre:	CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL				
Dirección:	KR 17 142 25				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	TALENTOHUMANO@MAQUIAMARILLAS.COM				
Teléfono:	3115816505		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEVO INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032362624	HERNANDO LAVERDE MANJARRE

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 15	27/08/2022	CC 1069726685	GUZMAN PRADA LINA	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.

MEL_4_1_1_0816 v_04

Cordial saludo,

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

E11A350B66226032A990D24E4D080CFA

Certificado impreso el día 8/26/2022 2:50:43 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

LINA MARCELA
GUZMAN PRADA
1069726585

CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL
901163835

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S
Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

Número 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	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ 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			
Primer apellido: GUZMAN	Segundo apellido: PRADA	Primer nombre: LIDA	Segundo nombre: MARCELA
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1.069.726.685	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 21/01/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
POSITIVA	COLPENSIONES	$ 1'000.000

18. Residencia				
Dirección: VEREDA TUBAL ALTO	Teléfono:	Teléfono celular: 3105527511	Correo electrónico: lmguzman2318@gmail.com	
Municipio/Distrito: VEREDA TUBAL ALTO	Zona: Urbana ☐ Rural ☒	Localidad/Comuna:	Departamento: BOYACA	

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: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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 / Masculino)	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F / Tipo H / Tipo M / Condición T / Condición P)				
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo/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		
A		
S		
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)
CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	NIT	901563835	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 13 # 182 - 25	7023060		BOGOTA	CUNDINAMARCA

Versión Diciembre/09

capitalsalud EPS-S
24 AGO 2022
RECIBIDO DIRECCIÓN PAU CONTRIBUTIVO G.L.G

capitalsalud

Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección 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 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
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		23 09 2012

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 acrediten 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 otorgue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el 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
LAURA MARCELA GOZMAN P.	

IX. ANEXOS

[X] 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[1]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1069726685
NOMBRES	LINA MARCELA
APELLIDOS	GUZMAN PRADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/11/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/25/2022 09:43:54	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LINA MARCELA GUZMAN PRADA, identificado(a) con C.C 1.069.726.685, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 27 de agosto de 2022.

El presente certificado emitido 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 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Carolina Galvis C.

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LINA MARCELA GUZMAN PRADA identificado(a) con CC No. 1069726685, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL con NIT 9015638357:

- Fecha de afiliación a la Caja: 27/08/2022.
- Fecha de ingreso a la empresa: 27/08/2022.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 27/08/2022

VIGILADO SuperSubsidio

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009044980

9009044980

No. de Radicación: 24325106

Fecha de Radicación: 03 08 2022

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: 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: ROJAS	Segundo Apellido: SALAZAR	Primer Nombre: OSNEYDER	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1003486689	Femenino: Masculino: X	D 02 D M 11 M A 1997 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
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	CRA 7 12 88	NT	3102586642

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Teléfono fijo
	BOGOTA	Urbana: X Rural:	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
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona 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	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
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)
MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	NT	901515046	

39. Ubicación				
Dirección: CARRERA 7 12 B 84 OF 504	Teléfono: 8504123	Correo electrónico: miguelangelrr7@hotmail.	Municipio / Distrito: BOGOTA	Departamento: 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	03 08 2022

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	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	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: OBRERO 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

PONTYCO S.A. NIT. 860.513.462 - 9 TEL. (1)594 80 88
07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009044980

9009044980

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 envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la 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.

Asi 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 (articulo 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 OSNEYDER ROJAS SALAZAR

Identificación: CC 1003486689

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º 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 OSNEYDER ROJAS SALAZAR

Identificación: CC 1003486689

"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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003486689,** *no está registrado/a* en el 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 agosto de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009044940

9009044940

No. de Radicación: 24325050

Fecha de Radicación: 03 08 2022

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: 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: ROBLES	Segundo Apellido: DELGADO	Primer Nombre: OTO	Segundo Nombre: DANIEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1069231321	Femenino: Masculino: X	D 19 D M 09 M A 1997 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
0	Tipo: Condición:	0		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	CRA 7 5 65	Teléfono fijo: NT	3112345543

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	BOGOTA	Urbana: X Rural:		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
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a 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	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
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)
MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS	NT	901515046	

39. Ubicación				
Dirección: CARRERA 7 12 B 84 OF 504	Teléfono: 8504123	Correo electrónico: miguelangelrr7@hotmail.	Municipio / Distrito: BOGOTA	Departamento: 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	03 08 2022

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	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	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: OBRERO 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

PONTYCO S.A. NIT. 860.513.462 - 9 TEL. (1)594 80 88
07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009044940

9009044940

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 envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la 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.

Asi 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 (articulo 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 OTO DANIEL ROBLES DELGADO

Identificación: CC 1069231321

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º 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 OTO DANIEL ROBLES DELGADO

Identificación: CC 1069231321

"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

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:

OTO DANIEL ROBLES DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.231.321**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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 900459311	1	MAQUINAS AMARILLAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MAQUINAS AMARILLAS	CARRERA 17 No. 142-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7023060	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-08	1584854975	9438297315	E	2022/08/03	2022/08/03	BANCOLOMBIA	0	$53,959,700

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: MAQUINAS AMARILLAS (100 Afiliados)																							$178,289,126	$28,742,100			$181,291,794	$7,232,100			$174,850,630	$6,974,300			$181,291,794		$11,011,200		$0	$0		$53,959,700
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (100 Afiliados)																							$178,289,126	$28,742,100			$181,291,794	$7,232,100			$174,850,630	$6,974,300			$181,291,794		$11,011,200		$0	$0		$53,959,700
Ciudad: AGUA DE DIOS Depto: CUNDINAMARCA (80 Afiliados)																							$155,799,903	$25,156,800			$158,198,834	$6,321,400			$152,291,640	$6,085,000			$158,198,834		$9,427,200		$0	$0		$46,990,400
1	CC	5031844	ARGUELLES FERRO OSCAR DANILO									X									23030 1	30	$2,572,332	$411,600	EPS017	30	$2,572,332	$102,900	CCF22	30	$2,572,332	$102,900	14-23	30	$2,572,332	6.960%	$179,100	30	$0	$0	Si	$796,500
2	CC	5609444	BALLESTEROS RINCON ALIRO		X																23020 1	10	$632,787	$101,300	EPS005	10	$632,787	$25,400	CCF22	10	$632,787	$25,400	14-23	10	$632,787	6.960%	$44,100	10	$0	$0	Si	$196,200
3	CC	1033691640	BELTRAN BELTRAN CRISTOBAL																		23030 1	30	$1,084,776	$173,600	EPS002	30	$1,084,776	$43,400	CCF22	30	$1,084,776	$43,400	14-23	30	$1,084,776	6.960%	$75,600	30	$0	$0	Si	$336,000
4	CC	80459279	BELTRAN MAHECHA JHON RONAL										X								25-14	1	$52,296	$6,300	EPS005	1	$52,296	$0	CCF22	1	$52,296	$0	14-23	1	$52,296	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$6,300
5	CC	80459279	BELTRAN MAHECHA JHON RONAL																		25-14	29	$1,516,558	$242,700	EPS005	29	$1,516,558	$60,700	CCF22	29	$1,516,558	$60,700	14-23	29	$1,516,558	6.960%	$105,600	29	$0	$0	Si	$469,700
6	CC	1069751169	BETANCOURT RODRIGUEZ RICHARD FABIAN																		25-14	30	$3,250,000	$520,000	EPS008	30	$3,250,000	$130,000	CCF22	30	$3,250,000	$130,000	14-23	30	$3,250,000	6.960%	$226,200	30	$0	$0	Si	$1,006,200
7	CC	39140838	BRUGES MANJARRES MARIA CAROLINA																		25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$40,000	CCF22	30	$1,000,000	$40,000	14-23	30	$1,000,000	0.522%	$5,300	30	$0	$0	Si	$245,300
8	CC	1033748719	CAMPOS MARTINEZ LINA YAMILE																		23020 1	30	$1,898,360	$303,800	EPS008	30	$1,898,360	$76,000	CCF22	30	$1,898,360	$76,000	14-23	30	$1,898,360	6.960%	$132,200	30	$0	$0	Si	$588,000
9	CC	1020732799	CANGREJO JIMENEZ ALEJANDRA																		23030 1	30	$2,998,800	$479,900	EPS008	30	$2,998,800	$120,000	CCF22	30	$2,998,800	$120,000	14-23	30	$2,998,800	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,700
10	CC	1077085747	CARDENAS SABOYA LUIS EDUARDO									X									23100 1	30	$1,911,694	$305,900	EPS017	30	$1,911,694	$76,500	CCF22	30	$1,911,694	$76,500	14-23	30	$1,911,694	6.960%	$133,100	30	$0	$0	Si	$592,000
11	CC	1013638125	CARDENAS MORALES YESICA PAOLA									X									23030 1	30	$3,278,333	$524,600	EPS002	30	$3,278,333	$131,200	CCF22	30	$3,278,333	$131,200	14-23	30	$3,278,333	6.960%	$228,200	30	$0	$0	Si	$1,015,200
12	CC	1070009533	CARRILLO PINZON DEYSI CATERINE													X					23030 1	8	$520,694	$83,400	EPS005	8	$520,694	$20,900	CCF22	8	$520,693	$20,900	14-23	8	$520,694	0.000%	$0	8	$0	$0	Si	$125,200
13	CC	1070009533	CARRILLO PINZON DEYSI CATERINE									X									23030 1	22	$1,462,415	$234,000	EPS005	22	$1,462,415	$58,500	CCF22	22	$1,462,415	$58,500	14-23	22	$1,462,415	6.960%	$101,800	22	$0	$0	Si	$452,800
14	CC	79896713	CASTRO ALVAREZ DAVID									X									23100 1	30	$2,360,616	$377,700	EPS005	30	$2,360,616	$94,500	CCF22	30	$1,898,360	$76,000	14-23	30	$2,360,616	6.960%	$164,300	30	$0	$0	Si	$712,500
15	CC	52055167	CHUDT SANTOS SANDRA PATRICIA																		23030 1	30	$2,214,900	$354,400	EPS005	30	$2,214,900	$88,600	CCF22	30	$2,214,900	$88,600	14-23	30	$2,214,900	6.960%	$154,200	30	$0	$0	Si	$685,800
16	CC	1004577480	CISNEROS GORDON JENNY MARCELA																		23100 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-23	30	$2,500,000	0.522%	$13,100	30	$0	$0	Si	$613,100
17	CC	79582580	CONTRERAS CASTELLANOS LUIS JAVIER																		25-14	30	$1,044,098	$167,100	EPS008	30	$1,044,098	$41,800	CCF22	30	$1,044,098	$41,800	14-23	30	$1,044,098	6.960%	$72,700	30	$0	$0	Si	$323,400
18	CC	39655589	CRUZ ALEJO SANDRA PATRICIA																		25-14	30	$1,535,062	$245,700	EPS008	30	$1,535,062	$61,500	CCF22	30	$1,535,062	$61,500	14-23	30	$1,535,062	0.522%	$8,100	30	$0	$0	Si	$376,800
19	CC	43103271	CUBILLOS GOMEZ LUZ HELENA																		25-14	30	$1,086,129	$173,800	EPS008	30	$1,086,129	$43,500	CCF22	30	$1,086,129	$43,500	14-23	30	$1,086,129	6.960%	$75,600	30	$0	$0	Si	$336,400
20	CC	1019018644	CUERVO CLAVIJO GINA PAOLA									X									23030 1	30	$2,187,500	$350,000	EPS008	30	$2,187,500	$87,500	CCF22	30	$2,187,500	$87,500	14-23	30	$2,187,500	6.960%	$152,300	30	$0	$0	Si	$677,300
21	CC	79455261	CUEVAS MANRIQUE LUIS ERNESTO									X									25-14	30	$2,706,231	$433,000	EPS017	30	$2,706,231	$108,300	CCF22	30	$2,706,231	$108,300	14-23	30	$2,706,231	6.960%	$188,400	30	$0	$0	Si	$838,000
22	CC	1043605065	DE LA HOZ BRUGES JOSE GUILLERMO																		23030 1	30	$2,637,981	$422,100	EPS005	30	$2,637,981	$105,600	CCF22	30	$2,637,981	$105,600	14-23	30	$2,637,981	6.960%	$183,700	30	$0	$0	Si	$817,000
23	CC	80424457	DUARTE JIMENEZ FELIX ANTONIO		X							X									23100 1	5	$220,288	$35,300	EPS008	5	$220,288	$8,900	CCF22	5	$220,288	$8,900	14-23	5	$220,288	6.960%	$15,400	5	$0	$0	Si	$68,500
24	CC	74270962	ESTUPIÑAN RAMOS DUBIEL HERNANDO									X									23020 1	30	$4,419,440	$751,400	EPS010	30	$4,419,440	$176,800	CCF22	30	$4,419,440	$176,800	14-23	30	$4,419,440	6.960%	$307,600	30	$0	$0	Si	$1,412,600
25	CC	1053665023	ESTUPIÑAN RAMOS EDWIN JOSE									X									23020 1	30	$1,146,925	$183,600	EPS037	30	$1,146,925	$45,900	CCF22	30	$1,146,925	$45,900	14-23	30	$1,146,925	6.960%	$79,900	30	$0	$0	Si	$355,300

Planilla Resumen

26	CC	1020828306	FONSECA CAICEDO LEIDY YURANI																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	Si	$490,500
27	CC	79578941	GARCIA ROBLES RODRIGO											X							230201	2	$100,000	$16,000	EPS008	2	$100,000	$4,000	CCF22	2	$100,000	$4,000	14-23	2	$100,000	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$24,000
28	CC	79578941	GARCIA ROBLES RODRIGO									X									230201	28	$1,581,250	$253,000	EPS008	28	$1,581,250	$63,300	CCF22	28	$1,581,250	$63,300	14-23	28	$1,581,250	6.960%	$110,100	28	$0	$0	Si	$489,700
29	CC	3058702	GARZON BELTRAN GENARO		X							X									25-14	16	$1,708,334	$273,400	EPS017	16	$1,708,334	$68,400	CCF22	16	$1,708,334	$68,400	14-23	16	$1,708,334	6.960%	$119,000	16	$0	$0	Si	$529,200
30	CC	79302140	GOMEZ MOJICA JORGE ALIRIO									X									230301	30	$1,623,162	$259,800	EPS002	30	$1,623,162	$65,000	CCF22	30	$1,044,098	$41,800	14-23	30	$1,623,162	6.960%	$113,000	30	$0	$0	Si	$479,600
31	CC	1023930765	GOMEZ MONROY WENDY JOHANNA																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS010	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-23	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
32	CC	1032419614	GONZALEZ IBAÑEZ DANIEL ALBERTO																		230301	30	$3,175,760	$508,200	EPS017	30	$3,175,760	$127,100	CCF22	30	$3,175,760	$127,100	14-23	30	$3,175,760	6.960%	$221,100	30	$0	$0	Si	$983,500
33	CC	1020716932	GONZALEZ SANDOVAL JEIMY JULIANA																		230201	30	$4,530,178	$770,300	EPS008	30	$4,530,178	$181,300	CCF22	30	$4,530,178	$181,300	14-23	30	$4,530,178	6.960%	$315,400	30	$0	$0	Si	$1,448,300
34	CC	1067879193	GONZALEZ PEÑA YONALBIS MANUEL																		230301	30	$1,048,093	$167,700	EPS008	30	$1,048,093	$42,000	CCF22	30	$1,048,093	$42,000	14-23	30	$1,048,093	6.960%	$73,000	30	$0	$0	Si	$324,700
35	CC	1019064758	GUTIERREZ BURGOS ROBERTH FERNEY									X									230301	30	$2,406,567	$385,100	EPS002	30	$2,406,567	$96,300	CCF22	30	$2,406,567	$96,300	14-23	30	$2,406,567	6.960%	$167,500	30	$0	$0	Si	$745,200
36	CC	1013644868	GUZMAN LAVERDE NICOLE STHEFANNY																		230301	30	$1,894,462	$303,200	EPS037	30	$1,894,462	$75,800	CCF22	30	$1,894,462	$75,800	14-23	30	$1,894,462	0.522%	$9,900	30	$0	$0	Si	$464,700
37	CC	5899933	HERNANDEZ GUARNIZO ARISTIDES									X										0	$0	$0	EPS005	30	$2,398,931	$96,000	CCF22	30	$1,279,218	$51,200	14-23	30	$2,398,931	6.960%	$167,000	30	$0	$0	Si	$314,200
38	CC	79666911	HUERTAS CORTES RICARDO																		25-14	30	$1,086,129	$173,800	EPS008	30	$1,086,129	$43,500	CCF22	30	$1,086,129	$43,500	14-23	30	$1,086,129	6.960%	$75,600	30	$0	$0	Si	$336,400
39	CC	1026269815	HURTADO VASQUEZ CRISTIAN CAMILO																		230301	30	$2,347,794	$375,700	EPS005	30	$2,347,794	$94,000	CCF22	30	$2,347,794	$94,000	14-23	30	$2,347,794	6.960%	$163,500	30	$0	$0	Si	$727,200
40	CC	1076816499	HURTADO ASPRILLA LEINER													X					231001	8	$506,230	$81,000	EPS037	8	$506,230	$20,300	CCF22	8	$506,230	$20,300	14-23	8	$506,230	0.000%	$0	8	$0	$0	Si	$121,600
41	CC	1076816499	HURTADO ASPRILLA LEINER									X									231001	22	$1,842,596	$294,900	EPS037	22	$1,842,596	$73,800	CCF22	22	$1,842,596	$73,800	14-23	22	$1,842,596	6.960%	$128,300	22	$0	$0	Si	$570,800
42	CC	51957886	JURADO RUEDA ZORAYA BERNARDA											X							230301	1	$45,667	$7,400	EPS002	1	$45,667	$1,900	CCF22	1	$45,667	$1,900	14-23	1	$45,667	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$11,200
43	CC	51957886	JURADO RUEDA ZORAYA BERNARDA											X							230301	10	$333,334	$53,400	EPS002	10	$333,334	$13,400	CCF22	10	$333,333	$13,400	14-23	10	$333,334	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$80,200
44	CC	51957886	JURADO RUEDA ZORAYA BERNARDA											X							230301	19	$867,666	$138,900	EPS002	19	$867,666	$34,800	CCF22	19	$867,666	$34,800	14-23	19	$867,666	0.000%	$0	19	$0	$0	Si	$208,500
45	CC	79233896	LAGOS GUTIERREZ CARLOS ALBERTO	X																	25-14	8	$506,230	$81,000	EPS017	8	$506,230	$20,300	CCF22	8	$506,230	$20,300	14-23	8	$506,230	6.960%	$35,300	8	$0	$0	Si	$156,900
46	CC	1013605722	LAVERDE MANJARRES CAMILO																		25-14	30	$4,807,882	$817,500	EPS005	30	$4,807,882	$192,400	CCF22	30	$4,807,882	$192,400	14-23	30	$4,807,882	6.960%	$334,700	30	$0	$0	Si	$1,537,000
47	CC	1032362624	LAVERDE MANJARRES HERNANDO																		25-14	30	$5,247,000	$892,200	EPS005	30	$5,247,000	$209,900	CCF22	30	$5,247,000	$209,900	14-23	30	$5,247,000	6.960%	$365,200	30	$0	$0	Si	$1,677,200
48	CC	19308104	LEON ORJUELA LUIS EDUARDO																		231001	30	$1,320,000	$211,200	EPS037	30	$1,320,000	$52,800	CCF22	30	$1,320,000	$52,800	14-23	30	$1,320,000	6.960%	$91,900	30	$0	$0	Si	$408,700
49	CC	79771955	LEON CEDEÑO LUIS EDUARDO		X																230201	10	$406,791	$65,100	EPS008	10	$406,791	$16,300	CCF22	10	$601,712	$24,100	14-23	10	$406,791	6.960%	$28,400	10	$0	$0	Si	$133,900
50	CC	79771955	LEON CEDEÑO LUIS EDUARDO	X																	230201	20	$813,582	$130,200	EPS008	20	$813,582	$32,600	CCF22	20	$813,582	$32,600	14-23	20	$813,582	6.960%	$56,700	20	$0	$0	Si	$252,100
51	CC	1013663918	LISCANO MENESES LEIDY PAOLA										X								231001	1	$50,000	$6,000	EPS017	1	$50,000	$0	CCF22	1	$50,000	$0	14-23	1	$50,000	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$6,000
52	CC	1013663918	LISCANO MENESES LEIDY PAOLA		X																231001	26	$1,300,000	$208,000	EPS017	26	$1,300,000	$52,000	CCF22	26	$1,300,000	$52,000	14-23	26	$1,300,000	6.960%	$90,500	26	$0	$0	Si	$402,500
53	CC	91491870	LOPEZ BONILLA EZEQUIEL		X							X									25-14	16	$1,133,333	$181,400	EPS037	16	$1,133,333	$45,400	CCF22	16	$1,133,333	$45,400	14-23	16	$1,133,333	6.960%	$78,900	16	$0	$0	Si	$351,100
54	CC	11445605	MALDONADO LOPEZ DAGOBERTO													X					231001	9	$430,535	$68,900	EPS005	9	$430,535	$17,300	CCF22	9	$430,535	$17,300	14-23	9	$430,535	0.000%	$0	9	$0	$0	Si	$103,500
55	CC	11445605	MALDONADO LOPEZ DAGOBERTO									X									231001	21	$1,198,024	$191,700	EPS005	21	$1,198,024	$48,000	CCF22	21	$1,198,024	$48,000	14-23	21	$1,198,024	6.960%	$83,400	21	$0	$0	Si	$371,100
56	CC	79870788	MARTINEZ SERRANO ENRIQUE ALEJANDRO													X					25-14	4	$162,717	$26,100	EPS037	4	$162,717	$6,600	CCF22	4	$162,716	$6,600	14-23	4	$162,717	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$39,300
57	CC	79870788	MARTINEZ SERRANO ENRIQUE ALEJANDRO																		25-14	26	$1,057,657	$169,300	EPS037	26	$1,057,657	$42,400	CCF22	26	$1,057,657	$42,400	14-23	26	$1,057,657	6.960%	$73,700	26	$0	$0	Si	$327,800
58	CC	83241101	MARTINEZ CABRERA JOSE EZEQUIEL											X							230301	2	$126,557	$20,300	ESSC07	2	$126,557	$5,100	CCF22	2	$126,557	$5,100	14-23	2	$126,557	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$30,500
59	CC	83241101	MARTINEZ CABRERA JOSE EZEQUIEL		X							X									230301	7	$506,229	$81,000	ESSC07	7	$506,229	$20,300	CCF22	7	$506,229	$20,300	14-23	7	$506,229	6.960%	$35,300	7	$0	$0	Si	$156,900

PLANILLA PAGADA

Planilla Resumen

60	CC	1030645356	MEJIA BENJUMEA YURI CAROLINA																		230201	30	$1,086,129	$173,800	EPS010	30	$1,086,129	$43,500	CCF22	30	$1,086,129	$43,500	14-23	30	$1,086,129	6.960%	$75,600	30	$0	$0	Si	$336,400
61	CC	1023006108	MILLAN SOTAQUIRA DIANY TERESA																		230201	30	$3,210,000	$513,600	EPS037	30	$3,210,000	$128,400	CCF22	30	$3,210,000	$128,400	14-23	30	$3,210,000	0.522%	$16,800	30	$0	$0	Si	$787,200
62	CC	1024576519	MOJICA SIABATO GERMAN ESTIVEN																		230301	30	$1,084,776	$173,600	EPS002	30	$1,084,776	$43,400	CCF22	30	$1,084,776	$43,400	14-23	30	$1,084,776	6.960%	$75,600	30	$0	$0	Si	$336,000
63	CC	80054357	MOYA RUSINQUE ARMANDO ALCIRIO											X							231001	2	$93,333	$15,000	EPS017	2	$93,333	$3,800	CCF22	2	$93,333	$3,800	14-23	2	$93,333	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$22,600
64	CC	80054357	MOYA RUSINQUE ARMANDO ALCIRIO									X									231001	28	$1,459,062	$233,500	EPS017	28	$1,459,062	$58,400	CCF22	28	$1,459,062	$58,400	14-23	28	$1,459,062	6.960%	$101,600	28	$0	$0	Si	$451,900
65	CC	80742920	OLARTE CALDERON OMAR LEONARDO									X									230301	30	$1,775,230	$284,100	EPS002	30	$1,775,230	$71,100	CCF22	30	$1,113,705	$44,600	14-23	30	$1,775,230	6.960%	$123,600	30	$0	$0	Si	$523,400
66	CC	79128618	ORTIZ ZOQUE ANIBAL RAIMUNDO									X									230201	30	$2,390,625	$382,500	EPS017	30	$2,390,625	$95,700	CCF22	30	$2,390,625	$95,700	14-23	30	$2,390,625	6.960%	$166,400	30	$0	$0	Si	$740,300
67	CC	1000983579	OVIEDO DURAN EDWIN ABEL										X								231001	1	$34,804	$4,200	EPS017	1	$34,804	$0	CCF22	1	$34,804	$0	14-23	1	$34,804	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$4,200
68	CC	1000983579	OVIEDO DURAN EDWIN ABEL													X					231001	14	$491,727	$78,700	EPS017	14	$491,727	$19,700	CCF22	14	$491,727	$19,700	14-23	14	$491,727	0.000%	$0	14	$0	$0	Si	$118,100
69	CC	1000983579	OVIEDO DURAN EDWIN ABEL									X									231001	15	$1,117,956	$178,900	EPS017	15	$1,117,956	$44,800	CCF22	15	$591,656	$23,700	14-23	15	$1,117,956	6.960%	$77,900	15	$0	$0	Si	$325,300
70	CC	79993672	OYOLA GOMEZ ROBINSON									X									230301	30	$1,619,347	$259,100	EPS002	30	$1,619,347	$64,800	CCF22	30	$1,619,347	$64,800	14-23	30	$1,619,347	6.960%	$112,800	30	$0	$0	Si	$501,500
71	CC	1033724647	PALACIO AMAYA HERNANDO											X							230301	2	$120,000	$19,200	EPS005	2	$120,000	$4,800	CCF22	2	$120,000	$4,800	14-23	2	$120,000	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$28,800
72	CC	1033724647	PALACIO AMAYA HERNANDO																		230301	28	$1,680,000	$268,800	EPS005	28	$1,680,000	$67,200	CCF22	28	$1,680,000	$67,200	14-23	28	$1,680,000	0.522%	$8,800	28	$0	$0	Si	$412,000
73	CC	1020828801	PARRA CASTELLANOS JUAN DIEGO										X								230301	2	$100,000	$12,000	EPS005	2	$100,000	$0	CCF22	2	$100,000	$0	14-23	2	$100,000	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$12,000
74	CC	1020828801	PARRA CASTELLANOS JUAN DIEGO									X									230301	28	$1,454,688	$232,800	EPS005	28	$1,454,688	$58,200	CCF22	28	$1,454,688	$58,200	14-23	28	$1,454,688	6.960%	$101,300	28	$0	$0	Si	$450,500
75	CC	4900534	PERDOMO VARGAS JESUS EVELIO									X									25-14	30	$1,967,571	$314,900	EPS002	30	$1,967,571	$78,800	CCF22	30	$1,967,571	$78,800	14-23	30	$1,967,571	6.960%	$137,000	30	$0	$0	Si	$609,500
76	CC	52882915	PEREZ MEDINA GLORIA YANETH																		230201	30	$1,890,000	$302,400	EPS005	30	$1,890,000	$75,600	CCF22	30	$1,890,000	$75,600	14-23	30	$1,890,000	0.522%	$9,900	30	$0	$0	Si	$463,500
77	CC	4217345	PESCA LAVERDE HENRY JAVIER																		25-14	30	$4,530,178	$770,300	EPS005	30	$4,530,178	$181,300	CCF22	30	$4,530,178	$181,300	14-23	30	$4,530,178	6.960%	$315,400	30	$0	$0	Si	$1,448,300
78	CC	19461614	PINTO DIAZ JOSE IVAN																		25-14	12	$434,935	$69,600	EPS008	12	$434,935	$17,400	CCF22	12	$434,935	$17,400	14-23	12	$434,935	6.960%	$30,300	12	$0	$0	Si	$134,700
79	CC	19461614	PINTO DIAZ JOSE IVAN													X					25-14	18	$652,402	$104,400	EPS008	18	$652,402	$26,100	CCF22	18	$652,402	$26,100	14-23	18	$652,402	0.000%	$0	18	$0	$0	Si	$156,600
80	CC	79583074	PLAZAS NOVOA PABLO DAVID													X					25-14	19	$661,263	$105,900	EPS017	19	$661,263	$26,500	CCF22	19	$661,262	$26,500	14-23	19	$661,263	0.000%	$0	19	$0	$0	Si	$158,900
81	CC	79583074	PLAZAS NOVOA PABLO DAVID									X									25-14	11	$1,494,674	$239,200	EPS017	11	$1,494,674	$59,800	CCF22	11	$452,443	$18,100	14-23	11	$1,494,674	6.960%	$104,100	11	$0	$0	Si	$421,200
82	CC	79189562	RAMOS GARZON JOSE ANTONIO									X									230301	30	$2,511,372	$401,900	EPS017	30	$2,511,372	$100,500	CCF22	30	$2,511,372	$100,500	14-23	30	$2,511,372	6.960%	$174,800	30	$0	$0	Si	$777,700
83	CC	1032480905	RENDON PASACHOA YENNY LORENA											X							231001	3	$270,000	$43,200	EPS005	3	$270,000	$10,800	CCF22	3	$270,000	$10,800	14-23	3	$270,000	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$64,800
84	CC	1032480905	RENDON PASACHOA YENNY LORENA																		231001	27	$2,430,000	$388,800	EPS005	27	$2,430,000	$97,200	CCF22	27	$2,430,000	$97,200	14-23	27	$2,430,000	6.960%	$169,200	27	$0	$0	Si	$752,400
85	CC	1000252094	RICO QUIJANO DIEGO ALEJANDRO									X									230301	30	$1,293,468	$207,000	EPS037	30	$1,293,468	$51,800	CCF22	30	$1,293,468	$51,800	14-23	30	$1,293,468	6.960%	$90,100	30	$0	$0	Si	$400,700
86	CC	1033722095	RODRIGUEZ MORENO JINETH MARCELA									X									25-14	30	$3,512,693	$562,100	EPS005	30	$3,512,693	$140,600	CCF22	30	$3,512,693	$140,600	14-23	30	$3,512,693	6.960%	$244,500	30	$0	$0	Si	$1,087,800
87	CC	80546717	RUBIANO GONZALEZ HECTOR ADRIAN									X									230301	30	$1,439,184	$230,300	EPS017	30	$1,439,184	$57,600	CCF22	30	$1,439,184	$57,600	14-23	30	$1,439,184	6.960%	$100,200	30	$0	$0	Si	$445,700
88	CC	1000603849	SIABATO CRISTIAN JAVIER																		230301	30	$1,048,093	$167,700	EPS002	30	$1,048,093	$42,000	CCF22	30	$1,048,093	$42,000	14-23	30	$1,048,093	6.960%	$73,000	30	$0	$0	Si	$324,700
89	CC	80396863	SILVA QUEVEDO JULIO ALEXANDER									X									230301	30	$2,794,544	$447,200	EPS005	30	$2,794,544	$111,800	CCF22	30	$2,794,544	$111,800	14-23	30	$2,794,544	6.960%	$194,600	30	$0	$0	Si	$865,400
90	CC	1051590101	SOTAQUIRA SOTAQUIRA WILLIAM FERNEY									X									230301	30	$1,367,156	$218,800	EPS037	30	$1,367,156	$54,700	CCF22	30	$1,183,311	$47,400	14-23	30	$1,367,156	6.960%	$95,200	30	$0	$0	Si	$416,100
91	CC	19266638	SUAREZ GALEANO MANUEL HUMBERTO													X					25-14	15	$529,029	$84,700	EPS005	15	$529,029	$21,200	CCF22	15	$529,029	$21,200	14-23	15	$529,029	0.000%	$0	15	$0	$0	Si	$127,100
92	CC	19266638	SUAREZ GALEANO MANUEL HUMBERTO									X									25-14	15	$997,080	$159,600	EPS005	15	$997,080	$39,900	CCF22	15	$522,049	$20,900	14-23	15	$997,080	6.960%	$69,400	15	$0	$0	Si	$289,800
93	CC	75002054	TAFUR HERNANDEZ JOSE GENOVER									X									25-14	30	$3,035,171	$485,700	EPS002	30	$3,035,171	$121,500	CCF22	30	$2,635,952	$105,500	14-23	30	$3,035,171	6.960%	$211,300	30	$0	$0	Si	$924,000
94	CC	1055552094	TEJEDOR AGUILAR JORGE LEONARDO													L					230301	1	$34,803	$5,600	EPS037	1	$34,803	$1,400	CCF22	1	$34,803	$1,400	14-23	1	$34,803	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$8,400

Planilla Resumen

PLANILLA PAGADA

95	CC	1055552094	TEJEDOR AGUILAR JORGE LEONARDO										X								230301	1	$34,804	$4,200	EPS037	1	$34,804	$0	CCF22	1	$34,804	$0	14-23	1	$34,804	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$4,200
96	CC	1055552094	TEJEDOR AGUILAR JORGE LEONARDO													X					230301	19	$673,049	$107,700	EPS037	19	$673,049	$27,000	CCF22	19	$673,049	$27,000	14-23	19	$673,049	0.000%	$0	19	$0	$0	Si	$161,700
97	CC	1055552094	TEJEDOR AGUILAR JORGE LEONARDO									X									230301	9	$964,583	$154,400	EPS037	9	$964,583	$38,600	CCF22	9	$417,639	$16,800	14-23	9	$964,583	6.960%	$67,200	9	$0	$0	Si	$277,000
98	CC	80738934	TORRES MORALES EDWIN ANTONIO									X									230301	30	$2,011,875	$321,900	EPS017	30	$2,011,875	$80,500	CCF22	30	$2,011,875	$80,500	14-23	30	$2,011,875	6.960%	$140,100	30	$0	$0	Si	$623,000
99	CC	1071162245	TRIVIÑO TRIVIÑO JAIRO ENRIQUE									X									230301	30	$1,150,081	$184,100	EPS017	30	$1,150,081	$46,100	CCF22	30	$1,044,098	$41,800	14-23	30	$1,150,081	6.960%	$80,100	30	$0	$0	Si	$352,100
100	CC	11516861	VARGAS ROMERO JOSE MAURICIO									X									25-14	30	$2,457,981	$393,300	EPS017	30	$2,457,981	$98,400	CCF22	30	$2,457,981	$98,400	14-23	30	$2,457,981	6.960%	$171,100	30	$0	$0	Si	$761,200
101	CC	79495382	VASQUEZ LAVERDE JOSE MANUEL									X									230301	30	$1,714,711	$274,400	EPS005	30	$1,714,711	$68,600	CCF22	30	$1,714,711	$68,600	14-23	30	$1,714,711	6.960%	$119,400	30	$0	$0	Si	$531,000
102	CC	1032480841	YAIMA BONILLA IVAN																		230301	30	$1,194,776	$191,200	EPS002	30	$1,194,776	$47,800	CCF22	30	$1,194,776	$47,800	14-23	30	$1,194,776	6.960%	$83,200	30	$0	$0	Si	$370,000
103	CC	14397737	YAIMA BONILLA JOSE FREDY																		230301	30	$1,084,776	$173,600	EPS002	30	$1,084,776	$43,400	CCF22	30	$1,084,776	$43,400	14-23	30	$1,084,776	6.960%	$75,600	30	$0	$0	Si	$336,000
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (10 Afiliados)																							$14,364,444	$2,286,300			$14,364,444	$562,500			$13,925,203	$544,900			$14,364,444		$978,300		$0	$0		$4,372,000
104	CC	73164168	ACOSTA ESTRADA EDGAR										X								230201	2	$126,558	$15,200	ESSC24	2	$126,558	$0	CCF07	2	$126,558	$0	14-23	2	$126,558	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$15,200
105	CC	73164168	ACOSTA ESTRADA EDGAR	X								X									230201	15	$1,206,442	$193,100	ESSC24	15	$1,206,442	$48,300	CCF07	15	$1,075,737	$43,100	14-23	15	$1,206,442	6.960%	$84,000	15	$0	$0	Si	$368,500
106	CC	84104035	ALVAREZ GUEVARA JHON JAIRO		X							X									230201	1	$63,279	$10,200	EPS037	1	$63,279	$2,600	CCF07	1	$63,219	$2,600	14-23	1	$63,279	6.960%	$4,500	1	$0	$0	Si	$19,900
107	CC	6795332	BECERRA LOPEZ ELIEL									X									230301	30	$1,940,016	$310,500	CCFC55	30	$1,940,016	$77,700	CCF07	30	$1,898,360	$76,000	14-23	30	$1,940,016	6.960%	$135,100	30	$0	$0	Si	$599,300
108	CC	6798983	DANCUR MARTINEZ JORGE	X								X									230301	25	$1,744,180	$279,100	ESSC24	25	$1,744,180	$69,800	CCF07	25	$1,581,967	$63,300	14-23	25	$1,744,180	6.960%	$121,400	25	$0	$0	Si	$533,600
109	CC	77164702	DE HORTA VASQUEZ JOSE LUIS	X								X									230201	6	$379,672	$60,800	EPS002	6	$379,672	$15,200	CCF07	6	$379,672	$15,200	14-23	6	$379,672	6.960%	$26,500	6	$0	$0	Si	$117,700
110	CC	85476362	IBAÑEZ MOLINA FRANCISCO JAVIER																		231001	30	$1,898,360	$303,800	EPS037	30	$1,898,360	$76,000	CCF07	30	$1,898,360	$76,000	14-23	30	$1,898,360	6.960%	$132,200	30	$0	$0	Si	$588,000
111	CC	19790989	MARTINEZ ZAMBRANO HECTOR FABIO									X									230301	30	$1,945,819	$311,400	EPS037	30	$1,945,819	$77,900	CCF07	30	$1,945,819	$77,900	14-23	30	$1,945,819	6.960%	$135,500	30	$0	$0	Si	$602,700
112	CC	1101381228	NAVARRO RUZ LUIS RICARDO									X									230301	30	$2,104,016	$336,700	EPS037	30	$2,104,016	$84,200	CCF07	30	$2,104,016	$84,200	14-23	30	$2,104,016	6.960%	$146,500	30	$0	$0	Si	$651,600
113	CC	1067284697	RODRIGUEZ SERPA DUBAN ALBERTO	X	X							X									230201	12	$905,676	$145,000	CCFC55	12	$905,676	$36,300	CCF07	12	$905,676	$36,300	14-23	12	$905,676	6.960%	$63,100	12	$0	$0	Si	$280,700
114	CC	9296476	SANCHEZ CASTRO JOSE GREGORIO										X								25-14	3	$189,836	$22,800	ESSC07	3	$189,836	$0	CCF07	3	$189,836	$0	14-23	3	$189,836	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$22,800
115	CC	9296476	SANCHEZ CASTRO JOSE GREGORIO									X									25-14	27	$1,860,590	$297,700	ESSC07	27	$1,860,590	$74,500	CCF07	27	$1,755,983	$70,300	14-23	27	$1,860,590	6.960%	$129,500	27	$0	$0	Si	$572,000
Ciudad: BOYACA Depto: BOYACA (6 Afiliados)																							$2,017,642	$321,700			$2,621,379	$103,700			$2,523,872	$99,800			$2,621,379		$180,400		$0	$0		$705,600
116	CC	1018459430	ALBARRACIN BOSIGA DIANA MARCELA	X																	230301	8	$666,667	$106,700	EPS017	8	$666,667	$26,700	CCF10	8	$666,667	$26,700	14-23	8	$666,667	6.960%	$46,500	8	$0	$0	Si	$206,600
117	CC	9522291	CRISTANCHO ARAQUE ERANIO	X								X										0	$0	$0	EPS037	8	$603,737	$24,200	CCF10	8	$506,230	$20,300	14-23	8	$603,737	6.960%	$42,100	8	$0	$0	Si	$86,600
118	CC	9397359	PEREZ MANUEL ANDRES	X																	230301	7	$243,623	$39,000	EPS037	7	$243,623	$9,800	CCF10	7	$243,623	$9,800	14-23	7	$243,623	6.960%	$17,000	7	$0	$0	Si	$75,600
119	CC	74188617	TIBADUIZA PIDIACHE MAURICIO	X																	231001	2	$69,607	$11,200	EPS017	2	$69,607	$2,800	CCF10	2	$69,607	$2,800	14-23	2	$69,607	6.960%	$4,900	2	$0	$0	Si	$21,700
120	CC	1057598357	VARGAS NITOLA BRAYAN FRANCISCO										X								230301	1	$34,804	$4,200	EPS037	1	$34,804	$0	CCF10	1	$34,804	$0	14-23	1	$34,804	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$4,200
121	CC	1057598357	VARGAS NITOLA BRAYAN FRANCISCO	X																	230301	2	$69,607	$11,200	EPS037	2	$69,607	$2,800	CCF10	2	$69,607	$2,800	14-23	2	$69,607	6.960%	$4,900	2	$0	$0	Si	$21,700
122	CC	74183526	VEGA RICO JORGE ALBERTO	X																	230301	8	$933,334	$149,400	EPS008	8	$933,334	$37,400	CCF10	8	$933,334	$37,400	14-23	8	$933,334	6.960%	$65,000	8	$0	$0	Si	$289,200
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (2 Afiliados)																							$2,310,417	$369,700			$2,310,417	$92,500			$2,313,195	$92,600			$2,310,417		$160,900		$0	$0		$715,700
123	CC	71188193	DELGADO VARGAS CARLOS ALBERTO									X									230301	30	$2,243,750	$359,000	EPS002	30	$2,243,750	$89,800	CCF04	30	$2,243,750	$89,800	14-23	30	$2,243,750	6.960%	$156,200	30	$0	$0	Si	$694,800
124	CC	9535708	GIL CASTELLANOS ADMILFO	X	X							X									230201	1	$66,667	$10,700	EPS005	1	$66,667	$2,700	CCF04	1	$69,445	$2,800	14-23	1	$66,667	6.960%	$4,700	1	$0	$0	Si	$20,900
Ciudad: SINCELEJO Depto: SUCRE (2 Afiliados)																							$3,796,720	$607,600			$3,796,720	$152,000			$3,796,720	$152,000			$3,796,720		$264,400		$0	$0		$1,176,000
125	CC	78674226	ALVIS GUERRA RAMIRO RAFAEL																		25-14	30	$1,898,360	$303,800	ESSC07	30	$1,898,360	$76,000	CCF41	30	$1,898,360	$76,000	14-23	30	$1,898,360	6.960%	$132,200	30	$0	$0	Si	$588,000
126	CC	80007068	PEÑA HERNANDEZ CARLOS ALFONSO																		230301	30	$1,898,360	$303,800	EPS008	30	$1,898,360	$76,000	CCF41	30	$1,898,360	$76,000	14-23	30	$1,898,360	6.960%	$132,200	30	$0	$0	Si	$588,000
Total		**Afiliados(100)**																					$178,289,126	$28,742,100			$181,291,794	$7,232,100			$174,850,630	$6,974,300			$181,291,794		$11,011,200		$0	$0		$53,959,700

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 900459311	1	MAQUINAS AMARILLAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MAQUINAS AMARILLAS	CARRERA 17 No. 142-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7023060	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-08	1584854975	9438297315	E	2022/08/03	2022/08/03	BANCOLOMBIA	0	$53,959,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				98	$28,742,100	$0	$0	$28,742,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	13	$3,437,900	$0	$0	$3,437,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	24	$8,477,300	$0	$0	$8,477,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	45	$12,444,900	$0	$0	$12,444,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	16	$4,382,000	$0	$0	$4,382,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				100	$11,011,200	$0	$0	$11,011,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	100	$11,011,200	$0	$0	$11,011,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 5)				100	$6,974,300	$0	$0	$6,974,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	80	$6,085,000	$0	$0	$6,085,000
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	6	$99,800	$0	$0	$99,800
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	2	$92,600	$0	$0	$92,600
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	10	$544,900	$0	$0	$544,900
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	2	$152,000	$0	$0	$152,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				100	$7,232,100	$0	$0	$7,232,100
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	2	$114,000	$0	$0	$114,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	17	$1,209,100	$0	$0	$1,209,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$118,100	$0	$0	$118,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$280,300	$0	$0	$280,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	18	$1,276,800	$0	$0	$1,276,800
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	$175,900	$0	$0	$175,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	17	$942,400	$0	$0	$942,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	15	$1,003,800	$0	$0	$1,003,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	23	$2,111,700	$0	$0	$2,111,700
TOTAL				**100**	**$53,959,700**	**$0**	**$0**	**$53,959,700**

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 901563835	7	CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 17 142 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7023060	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-08	1587161309	9438435783	E	2022/08/08	2022/08/04	BANCOLOMBIA	0	$1,747,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (4 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (4 Afiliados)																														
Ciudad: AGUA DE DIOS Depto: CUNDINAMARCA (4 Afiliados)																														
1	CC	85470914	BELTRAN BARRIOS ALEXANDER ENRIQUE	X																230201	17	EPS005	17	CCF22	17	14-23	17	6.960%	17	Si
2	CC	79896370	PULIDO PEDREROS NELSON																	230201	30	EPS005	30	CCF22	30	14-23	30	6.960%	30	Si
3	CC	7060365	RANGEL MORALES REINEL	X																230301	10	EPS008	10	CCF22	10	14-23	10	6.960%	10	Si
4	CC	1106895523	SOSA RIVERA JHONATAN SNEYDER	X								X								231001	6	EPS017	6	CCF22	6	14-23	6	6.960%	6	Si
Total			**Afiliados(4)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901563835	7	CONSORCIO ESTABILIZACION VIAL	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 17 142 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7023060	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-08	1587161309	9438435783	E	2022/08/08	2022/08/04	BANCOLOMBIA	0	$1,747,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$906,900	$0	$0	$906,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$74,900	$0	$0	$74,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$240,000	$0	$0	$240,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$592,000	$0	$0	$592,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$394,600	$0	$0	$394,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$394,600	$0	$0	$394,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$219,200	$0	$0	$219,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	4	$219,200	$0	$0	$219,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$226,800	$0	$0	$226,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$60,000	$0	$0	$60,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$18,800	$0	$0	$18,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$148,000	$0	$0	$148,000
TOTAL				**4**	**$1,747,500**	**$0**	**$0**	**$1,747,500**

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009044928

9009044928

No. de Radicación: 24325034

Fecha de Radicación: 03 08 2022

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: 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			
PENAGOS	PABON	YERSON	ANDREY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1069230827	Femenino: Masculino: X	14 01 1992

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		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	CRA 7 6 54	NT	3212234568

Correo electrónico		Zona	Localidad / Comuna	
	BOGOTA	Urbana: X Rural:		DISTRITO CAPITAL

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

CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR 1

MAQUINAS Y EQUIPOS J W SAS
CARRERA 7 12 B 84 OF 504 8504123 miguelangelrr7@hotmail. NT 901515046 BOGOTA DISTRITO CAPITAL

NINGUNA 03 08 2022

X
X
X
X

CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009044928

9009044928

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 envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la 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.

Asi 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 (articulo 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 YERSON ANDREY PENAGOS PABON

Identificación: CC 1069230827

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º 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 YERSON ANDREY PENAGOS PABON

Identificación: CC 1069230827

"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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YERSON ANDREY PENAGOS PABON identificado(a) con C.C No. 1.069.230.827, 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 03 de agosto del 2022.

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

EXAMEN DE INGRESO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA IPS SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 85470914-481762

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13 jul. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ALEXANDER ENRIQUE BELTRAN BARRIOS	**Identificación:**	85470914
Género	MASCULINO **Edad:** 47	**Teléfono**	no reporta **Móvil:** 3008212571
Fecha Nacimiento:	18/08/1974	**Cargo:**	PROFESIONAL SOCIAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	DG 56 88S SUR # 28 A -12	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 8000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 3000-4000-6000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 8000- PTA OIDO DERECHO 13.75 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 18.75 - Audición Normal	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO, 4.EVITAR USO DE AUDÍFONOS PARA ESCUCHAR MÚSICA.
ESPIROMETRÍA	CURVA FLUJO VOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	AO: ASTIGMATISMO MIOPICO, PRESBICIA CORREGIDA. OI: PTERIGION	CONTINUAR CON LENTES PARA ESFUERZO VISUAL. CONTROL ANUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	OBESIDAD GRADO I, SOBREPESO	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR		
VACUNA TETANO		APLICADA, DOSIS: 3

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: CUMPLE CRITERIOS PARA EL CARGO REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS PARA MIEMBROS SUPERIORES Y COLUMNA VERTEBRAL, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP PARA EL CARGO, DIETA BALANCEADA, EJERCICIO REGULAR MINIMO 3 VECES POR SEMANA POR PERIODO DE 30 MINUTOS. CONTROL NUTRICION EPS, USO DE LENTES Y CONTROL ANUAL OPTOMETRIA ESPIROMETRIA NORMAL AUDIOMETRIA CON HIGIENE PARA RUIDO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravados por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

Dra. Erika Sierra Blanco
SST Salud - Ocupacional
RM 761068
LSO 11596/2018







ERIKA MARIA SIERRA BLANCO

Médico Especialista en Salud Laboral 11596/2018 761068

ALEXANDER ENRIQUE BELTRAN BARRIOS 85470914

Firma y cédula del Paciente

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT. 900540214-0
Calle 15 Sur #16-46
Cel. 317 298 48 90 - Tel. 757 53 28 - E-mail: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.323

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
MAQUINAS AMARILLAS SAS	MAQUINAS AMARILLAS SAS

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LAGOS GUTIERREZ CARLOS ALBERTO	MASCULINO	62 AÑOS 4 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	79233896 (Número)

Cargo
OPERADOR DE MAQUINA PESADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO/ APTO PARA ALTURAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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 MEDICA OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA BASAL	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PRUEBA MOTRIZ	✓
OPTOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLOGICA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	CUADRO HEMATICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES .
CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS POR SU PATOLOGIA DE BASE.
MANTENER LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD .
ESPIROMETRIA NORMAL

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CUENCA SANCHEZ CARLOS ARTURO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LAGOS GUTIERREZ CARLOS ALBERTO

NIT: 4612476-3

UM OCUPACIONAL DEL SUR
TV 74 F N 40B - 06
TELEFONO: 3212531425
www.umdelsur.com
EMAIL: Umocupacionaldelsur@gmail.com
Bogotá D.C

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

FECHA: 15/07/2022 **TIPO DE PACIENTE:** OCUPACIONAL **Nº ORDEN:** 042020.1186 **SEXO:** MASCULINO
NOMBRE: ARNOLDO MELO **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC.3080157 **EDAD:** 52 AÑOS
EMPRESA: INDEPENDIENTE **OCUPACIÓN:** OFICIAL
EPS: **ARL:**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
ESPIROMETRIA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
HEMOCLASIFICACIONES/RH	[redacted]
ELECTROENCEFALOGRAMA	SIN ALTERACIONES
NIVEL DE TRIGLICERIDOS	NORMAL

DIAGNOSTICO:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS SI **NO APTO:** _____ **SIN RESTRINCIONES:** X
APTO CON RESTRINCION: _____ **APLAZADO:** _____

RECOMENDACIONES DEL TRABAJADOR:

1. HACER SEGUIMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL.
2. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS.
3. MANTENER CUIDADO AUDITIVOS ESPECIALES
4. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
5. UTILIZAR TAPABOCAS
6. OTRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR (A)

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido de analizar los beneficios y la interpretación e ilustración y luego del examen medico a partir de la anterior brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verificas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, finalmente manifiesto que el leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

DR. EDGARDO MORENO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA 08 2011/2015

FIRMA DEL PACIENTE

Arnoldo Melo
CC Nº 3.080.157

HUELLA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1012409264-498077

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26 ago. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	FLOR ELMISE VILLALBA DELGDO	**Identificación:**	1012409264		
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	no reporta	**Móvil:**	3144319297
Fecha Nacimiento:	17/03/1994	**Cargo:**	AUXILIAR DE TRAFICO		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.		
Dirección	CARRERA 78 B N 72 B 41	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PROTECCION S.A.		
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÃ'N VIAL	**Peso: 75 Talla: 163 IMC: 28**			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	NO REQUIERE CORRECCION VISUAL. CONTROLI ANO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	USO DE EPP, SEGUIR RECOMENDACIONES ERGONOMETRICAS Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichos resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información quede bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa."

GERMAN OSWALDO CAPERA ROJAS
Médico Especialista en Salud Laboral 251127 79781491

FLOR ELMISE VILLALBA DELGDO 1012409264
Firma y cédula del Paciente

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA BOGOTA (IPS)
NIT: 900170994

Consecutivo: 1012409264 - 498077

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/08/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	FLOR ELNISE VILLALBA DELGDO	**Identificación:**	1012409264		
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	no reporta	**Móvil:**	3144318297
Fecha Nacimiento:	17/03/1994	**Cargo:**	AUXILIAR DE TRAFICO		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.		
Dirección	CARRERA 76 B N 72 B 41	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PROTECCION S.A.		
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÃ"N VIAL				

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES
DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

CONSORCIO ESTABILIZACIÃ"N VIAL

GERMAN OSWALDO CAPERA ROJAS — 251127 79781491
Médico Especialista en Salud Laboral

Firma encargado SG - SST

Firma recibido trabajador

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

TRABAJO EN ALTURAS Y CONDUCCIÓN
Certificado de aptitud: 79614305-492869

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12 ago. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	GERARDO WILCHES TAMARA	**Identificación:**	79614305
Género	MASCULINO **Edad:** 49	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3124628525
Fecha Nacimiento:	18/11/1972	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CARRRERA 14 N 88 H 12 SUR	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S	**Peso: 66 Talla: 162 IMC: 25**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON LOS PARÁMETROS PSICOMOTRICES PARA CONDUCIR. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES COGNITIVAS, NI MENTALES DE ACUERDO A LAS VALORACIONES REQUERIDAS SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 0217 DE 2014. REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA O SEGÚN LO REQUIERA.
AUDIOMETRÍA	1.CONTROL ANUAL.2.USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. 3.CUMPLE CON PARAMETROS DE RESOLUCION 0213/2014 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE PARA CONDUCTORES. 4.EXAMEN AUDITIVO DE INGRESO QUE CUMPLE CON LIMITES REQUERIDOS PARA ALTURAS.
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA CERCA. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, SE SUGIERE CAMBIO DE LENTES ESTAN MUY RAYADOS
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBETOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. HACER ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE.
ANEXO ALTURAS	CAPACITAR EN ENTRENAMIENTO EN TRABAJO EN ALTURAS. DAR CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD VIGENTE.
ELECTROCARDIOGRAMA - EKG	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: DIETA SANA, ACTIVIDAD FISICA DE FORMA REGULAR (AL MENOS 3 VECES POR SEMANA).
VACUNA TETANO	APLICADA, DOSIS: 1

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR
.APTO PARA .CONDUCIR.
.APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones: REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA CERCA,SE RECOMIENDA CONTRL POR OTORRINOLARINGOLOGIA POR SU ENTIDAD DE SALUD

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

"CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(s) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información quede bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa."









NATALIA ANDREA BELTRAN SUESCUN

Médico Especialista en Salud Laboral Lic: 17024 28/03/22 RM: 25 163

GERARDO WILCHES TAMARA 79614305

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

TRABAJO EN ALTURAS Y CONDUCCIÓN
Certificado de aptitud: 1144027247-495871

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20 ago. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	HERIBERTO PALENCIA CARDONA	**Identificación:**	1144027247
Género	MASCULINO **Edad:** 37	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3207593613
Fecha Nacimiento:	22/04/1985	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CL 18 G # 15 70 SUR	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S	**Peso: 70 Talla: 170 IMC: 24**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON LOS PARÁMETROS PSICOMOTRICES PARA CONDUCIR. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES COGNETIVAS, NI MENTALES DE ACUERDO A LAS VALORACIONES REQUERIDAS SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 0217 DE 2014. REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA O SEGÚN LO REQUIERA.
AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	REQUIERE USO DE CORRECCION PARA ESFUERZOS VISUALES,CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE, MEDIDAS ANTIVÁRICE.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS. EJERCICIO RUTINARIO CARDIOVASCULAR Y ANAERÓBICO
ANEXO ALTURAS	CAPACITACIÓN Y CERTIFICACIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURAS
VACUNA TETANO	APLICADA, DOSIS: 3

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR
.APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
.APTO PARA .CONDUCIR.

Observaciones: SEGUIMIENTO AUDITIVO ANUAL, PAUTAS DE CONSERVACION AUDITIVA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autoriza a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

Andrea P Gálvez Cuitiva





ANDREA DEL PILAR GALVEZ CUITIVA

Médico Especialista en Salud Laboral -1026260179

HERIBERTO PALENCIA CARDONA 1144027247

Firma y cédula del Paciente

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA SAS - IPS
NIT: 900170994

Consecutivo: 1144027247 - 495871

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/08/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	HERIBERTO PALENCIA CARDONA	**Identificación:**	1144027247
Género	MASCULINO **Edad:** 37	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3207593613
Fecha Nacimiento:	22/04/1985	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CL 18 G # 15 70 SUR	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE. MEDIDAS ANTIVÁRICE.

OBSERVACIONES

SEGUIMIENTO AUDITIVO ANUAL, PAUTAS DE CONSERVACION AUDITIVA.

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realzado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S

Andrea P. Gálvez Cultiva
Dra. Andrea Gálvez Cultiva
Medico Especialista Salud Ocupacional
Licencia 12058
CC 1.026.260.179

ANDREA DEL PILAR GALVEZ CUITIVA -1026260179
Médico Especialista en Salud Laboral

Firma encargado SG - SST

Heriberto Palencia
Firma recibido trabajador

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

CONDUCCIÓN
Certificado de aptitud: 4900534-456945

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26 abr. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JESUS EVELIO PEROMO VARGAS	**Identificación:**	4900534
Género	MASCULINO **Edad:** 60	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3103661879
Fecha Nacimiento:	7/09/1961	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	TV 30 G # 70 - 14	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S	**Peso: 85 Talla: 159 IMC: 34**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	AL MOMENTO DE REALIZAR LA PRUEBA NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES COGNETIVAS O RENTALES, NI TAMPOCO ALGUNA DIFICULTAD EN LA COORDINACION INTEGRAL MOTRIZ RELACIONADAS CON LAS VALORACIONES REQUERIDAS, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 0217 DEL 2014.
AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4.CONDUCCION CON VENTANAS CERRADAS. 5.CUMPLE LOS PARAMETROS SEGÚN RES. 217 DE 2014 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE.
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA CERCA. LEJOS ESFUERZOS VISUALES,CAMBIAR CORRECCION, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL, HACER ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA CONDUCTOR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la interpretación de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar los posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información quede bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa."







NILSON ALVEIRO RONDÓN GARZÓN

Médico Especialista en Salud Laboral 16002/19 -

JESUS EVELIO PERDOMO VARGAS 4900534

Firma y cédula del Paciente

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA

NIL 900170994-9



ZONAMEDICA NIT 900.170.994
NIT: 900170994

Consecutivo: 4000534 - 460845

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/04/2022 - BOGOTA D.C.	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JESUS EVELIO PERDOMO VARGAS	**Identificación:**	4500534
Género	MASCULINO **Edad:** 60	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3143681879
Fecha Nacimiento:	7/09/1961	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	TV 20 G # 70 - 14	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Por esto motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S

Dr. Nilson Rondón Garzón
Esp. Seguridad y Medicina del Trabajo
Resl. 13093

NILSON ALVEIRO RONDÓN GARZÓN 10302/19 -
Médico Especialista en Salud Laboral

Firma encargado SG - SST

Firma recibido trabajador

NIT: 4612476-3

UM OCUPACIONAL DEL SUR
TV 74 F N 40B – 06
TELEFONO: 3212531425
www.umdelsur.com
EMAIL: Umocupacionaldelsur@gmail.com
Bogotá D.C

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

FECHA: 04/08/2022 **TIPO DE PACIENTE:** OCUPACIONAL **Nº ORDEN:** 042020-1314 **SEXO:** MASCULINO
NOMBRE: JOHN JAIRO MORENO MORALES **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC:1069752249 **EDAD:** 27 AÑOS
EMPRESA: MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS IT 9015150468 **OCUPACIÓN:** OFICIAL
EPS: ARL:

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
ESPIROMETRIA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
HEMOCLASIFICACIONES/RH	O+
AUDIOMETRIA	NORMAL
OXIMETRIA (PULSO)	78
FRECUENCIA CARDIACA	55
PESO	77
ESTATURA	1.75
TENSION (ARTERIAL)	60/111
GLICEMIA	NORMAL
OSTEMUSCULAR	NORMAL
LIPIDOGRAMA	NORMAL
ELECTROENCEFALOGRAMA	SIN ALTERACIONES
NIVEL DE TRIGLICERIDOS	NORMAL

DIAGNOSTICO:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS SI **NO APTO:** _____ **SIN RESTRINCIONES:** X
APTO CON RESTRINCION: _____ **APLAZADO:** _____

RECOMENDACIONES DEL TRABAJADOR:

1. HACER SEGUIMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL.
2. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS.
3. MANTENER CUIDADO AUDITIVOS ESPECIALES
4. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
5. UTILIZAR TAPABOCAS
6. OTRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR (A)

Autorizo al doctor(a) mencionada(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido de analizar los beneficios y la interpretación e ilimitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, finalmente manifiesto que el leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

DR. EDUARDO MORENO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA RM 0855 /2017

FIRMA DEL PACIENTE

C.C Nº

HUELLA

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.1001356901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1781 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 76385

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 04/08/2022 HORA:8:32		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: JOHN JAIRO MORENO MORALES		DOCUMENTO: 1069752249	EDAD: 26 GENERO: M
Empresa: MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3508301384 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatologia	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	Apto Para Trabajos en espacios Confinados			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	Aplazado	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	No Apto Para Este Cargo	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Medico Ocupacional Anual	Si
					NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

No comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/12/1983 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No	2058

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA IPS SAS - IPS
NIT: 900170994

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1106895523-484993

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21 Jul. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	JHONATAN SNEYDER SOSA RIVERA	**Identificación:**	1106895523		
Género	MASCULINO **Edad:** 28	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:**	3103216674
Fecha Nacimiento:	21/01/1994	**Cargo:**	CADENERO		
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR		
Dirección	CL 77 C # 57 B 47	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.		
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	**Área: No Reporta**			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	OD: AUDICION NORMAL OI: AUDICION NORMAL PTA OIDO DERECHO 15.00 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 15.00 - Audición Normal	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. 4.EXAMEN AUDITIVO DE INGRESO QUE CUMPLE CON LIMITES REQUERIDOS PARA ALTURAS.
ESPIROMETRÍA	CURVA FLUJO VOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	EMETROPE	NO REQUIERE CORRECCION. CONTROL ANUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	CLINICAMENTE SANO, SOBREPESO	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
CUADRO HEMÁTICO		REALIZADO
GLICEMIA		REALIZADO
PERFIL LIPIDICO		REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION AL EXAMEN FISICO	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.
ANEXO ALTURAS	NEUROLOGICO SIN DEFICIT	CAPACITAR EN TRABAJO DE ALTURAS
VACUNA TETANO		APLICADA, DOSIS: 2

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR
.APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas anterior a la IPS para que suministre los recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrego al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la protección de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

Patsy K. Páez M.
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
RM 25342304

PATSY KRUVSKAYA PAEZ MUÑOZ

Médico Especialista en Salud Laboral 6223/2016 25342304

Jhonatan S.



JHONATAN SNEYDER SOSA RIVERA 1106895523

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

CONDUCCIÓN
Certificado de aptitud: 1055552094-400386

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29 oct. 2021 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JORGE LEONARDO TEJEDOR AGUILAR	**Identificación:**	1055552094
Género	MASCULINO **Edad:** 31	**Teléfono**	NO REFIERE **Móvil:** 3178367538
Fecha Nacimiento:	11/10/1990	**Cargo:**	CONDUCTOR DE VOLQUETA DOBLE TROQUE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CRA 3 D # 57 A - 21 SUR	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S	**Peso: 84 Talla: 173 IMC: 28**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	AL MOMENTO DE REALIZAR LA PRUEBA NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES COGNITIVAS O MENTALES, NI TAMPOCO ALGUNA DIFICULTAD EN LA COORDINACION INTEGRAL MOTRIZ RELACIONADAS CON LAS VALORACIONES REQUERIDAS, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 0217 DEL 2014.
AUDIOMETRÍA	EXAMEN AUDITIVO PERIODICO SATISFACTORIO: CONTROL ANUAL AUDITIVO, EVITAR USO PROLONGADO DE REPRODUCTOR DE MUSICA Y CELULAR, REPOSO AUDITIVO,CONDUCIR CON VENTANAS CERRADAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA,BAJAR DE PESO, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR EL EMPLEADOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PERIODICO SATISFACTORIO
APTO PARA CONDUCTOR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXAMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

DIANA MARCELA CASTILLO GUTIERREZ
Médico Especialista en Salud Laboral 545-19 -

JORGE LEONARDO TEJEDOR AGUILAR 1055552094
Firma y cédula del Paciente

NIT: 4612476-3

UM OCUPACIONAL DEL SUR
TV 74 F N 40B – 06
TELEFONO: 3212531425
www.umdelsur.com
EMAIL: Umocupacionaldelsur@gmail.com
Bogotá D.C

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

FECHA: 03/08/2022 **TIPO DE PACIENTE:** OCUPACIONAL **Nº ORDEN:** 042020-1427 **SEXO:** MASCULINO
NOMBRE: JUAN JOSE GONZALEZ DELGADO **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC:1003486851 **EDAD:** 21 AÑOS
EMPRESA: MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS IT 9015150468 **OCUPACIÓN:** OFICIAL
EPS: ARL:

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
ESPIROMETRIA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
HEMOCLASIFICACIONES/RH	O+
AUDIOMETRIA	NORMAL
OXIMETRIA (PULSO)	78
FRECUENCIA CARDIACA	68
PESO	67
ESTATURA	1.73
TENSION (ARTERIAL)	60/115
GLICEMIA	NORMAL
OSTEMUSCULAR	NORMAL
LIPIDOGRAMA	NORMAL
ELECTROENCEFALOGRAMA	SIN ALTERACIONES
NIVEL DE TRIGLICERIDOS	NORMAL

DIAGNOSTICO:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS SI **NO APTO:** _____ **SIN RESTRINCIONES:** X
APTO CON RESTRINCION: _____ **APLAZADO:** _____

RECOMENDACIONES DEL TRABAJADOR:

1. HACER SEGUIMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL.
2. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS.
3. MANTENER CUIDADO AUDITIVOS ESPECIALES
4. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
5. UTILIZAR TAPABOCAS
6. OTRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR (A)

Autorizo al doctor(a) mencionada(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido de analizar los beneficios y la interpretación e ilimitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, finalmente manifiesto que el leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

DR. EDUARDO MORENO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA RM 0855 /2017

FIRMA DEL PACIENTE

C.C Nº

HUELLA

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 75403

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 4/08/2022 HORA:9:18			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JUAN JOSE GONZALEZ DELGADO			DOCUMENTO: 1003466851	EDAD: 21 GENERO: M	
Empresa: MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS			Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION	Tel: 3222227009 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatologia	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA EL CARGO. ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	NA
					NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Les autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No. 1003466851	2058

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril/2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1069726685-497524

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25 ago. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	LINA MARCELA GUZMAN PRADA	**Identificación:**	1069726685		
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:**	3105528544
Fecha Nacimiento:	26/01/1989	**Cargo:**	AUXILIAR DE TRAFICO		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	CAPITAL SALUD		
Dirección	VEREDA TUNAL ALTO	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	NO REPORTA		
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÃ'N VIAL	**Peso: 99 Talla: 158 IMC: 40**			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. EXAMEN AUDITIVO DE INGRESO APTO APTO SIN RESTRICCION PARA EL CARGO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXAMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto: monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar los posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información quede bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador la demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

Luisa V. De la Peña M.
Médico Esp. SST
RM-13274







LUISA VICTORIA DE LA PEÑA MEJIA
Médico Especialista en Salud Laboral Lic. 15952/2022 Reg. Méd:13274

LINA MARCELA GUZMAN PRADA 1069726685
Firma y cédula del Paciente

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA NR SAS - IPS
NIT: 900170994

Consecutivo: 1069726685 - 497524

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25/08/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	LINA MARCELA GUZMAN PRADA	**Identificación:**	1069726685		
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:**	3105528544
Fecha Nacimiento:	26/01/1989	**Cargo:**	AUXILIAR DE TRAFICO		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	CAPITAL SALUD		
Dirección	VEREDA TUNAL ALTO	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	NO REPORTA		
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÃ"N VIAL				

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS.

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

CONSORCIO ESTABILIZACIÃ"N VIAL

Luisa V. De La Peña M.
Medico Esp. SST
RM: 15962

LUISA VICTORIA DE LA PEÑA MEJIA — Lic. 15962/2022 Reg. Med: 13274
Médico Especialista en Salud Laboral

Firma encargado SG - SST

Firma recibido trabajador

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA NR SAS - IPS
NIT: 900170994

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 79896370-445651

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	15 mar. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NELSON PULIDO PEDREROS	**Identificación:**	79896370
Género	MASCULINO **Edad:** 45	**Teléfono**	**Móvil:** 3117333031
Fecha Nacimiento:	18/12/1976	**Cargo:**	TOPOGRAFO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 88 D# 69 C 04	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 3000-4000- OE: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000-6000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 3000- PTA OIDO DERECHO 15.00 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 15.00 - Audición Normal	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. 4.EXAMEN AUDITIVO DE INGRESO QUE CUMPLE CON LIMITES REQUERIDOS PARA ALTURAS.
ESPIROMETRÍA	CURVA FLUJO VOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	EMETROPE AO	USO EPP , CONTROL VISUAL EN 1 AÑO
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	CLINICAMENTE SANO, OBESIDAD GRADO I	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. VALORACION DERMATOLOGIA EPS. EVITAR EN LA VIDA DIARIA AUMENTO DE PRESION INTRAABDOMINAL, SEGUIMIENTO MEDICO CON QX GENERAL DE EPS.
CUADRO HEMÁTICO		REALIZADO
PERFIL LIPIDICO		REALIZADO
GLICEMIA		REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION AL EXAMEN FISICO	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.
ANEXO ALTURAS	NEUROLOGICO SIN DEFICIT AL EXAMEN FISICO	CAPACITAR EN TRABAJO DE ALTURAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR
.APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional a identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

Patsy K. Páez M.
Médica IPS
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
RM 25342304





PATSY KRUVSKAYA PAEZ MUÑOZ

Médico Especialista en Salud Laboral 6223/2015 25342304

NELSON PULIDO PEDREROS 79896370

Firma y cédula del Paciente

NIT: 4612476-3

UM OCUPACIONAL DEL SUR
TV 74 F N 40B – 06
TELEFONO: 3212531425
www.umdelsur.com
EMAIL: Umocupacionaldelsur@gmail.com
Bogotá D.C

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

FECHA: 04/08/2022 **TIPO DE PACIENTE:** OCUPACIONAL **Nº ORDEN:** 042020-1277 **SEXO:** MASCULINO
NOMBRE: OTO DANIEL ROBLES DELGADO **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC:1069231321 **EDAD:** 24 AÑOS
EMPRESA: MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS IT 9015150468 **OCUPACIÓN:** OFICIAL
EPS: ARL:

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
ESPIROMETRIA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
HEMOCLASIFICACIONES/RH	O+
AUDIOMETRIA	NORMAL
OXIMETRIA (PULSO)	76
FRECUENCIA CARDIACA	53
PESO	70
ESTATURA	1,66
TENSION (ARTERIAL)	60/107
GLICEMIA	NORMAL
OSTEMUSCULAR	NORMAL
LIPIDOGRAMA	NORMAL
ELECTROENCEFALOGRAMA	SIN ALTERACIONES
NIVEL DE TRIGLICERIDOS	NORMAL

DIAGNOSTICO:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS SI **NO APTO:** _____ **SIN RESTRINCIONES:** X
APTO CON RESTRINCION: _____ **APLAZADO:** _____

RECOMENDACIONES DEL TRABAJADOR:

1. HACER SEGUIMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL.
2. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS.
3. MANTENER CUIDADO AUDITIVOS ESPECIALES
4. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
5. UTILIZAR TAPABOCAS
6. OTRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR (A)

Autorizo al doctor(a) mencionada(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido de analizar los beneficios y la interpretación e ilimitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, finalmente manifiesto que el leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

DR. EDUARDO MORENO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA RM 0855 /2017

FIRMA DEL PACIENTE

C.C Nº

HUELLA

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.1001356901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1781 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 76383

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 04/08/2022 HORA:8:4				EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO			
NOMBRES: OTO DANIEL ROBLES DELGADO				DOCUMENTO: 1069231321		EDAD: 24 GENERO: M	
Empresa: MAQUINAS Y EQUIPOS JW SAS				Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Tel: 3112616789 -	
EXAMENES LABORALES REALIZADOS							
Valoracion Medica Laboral	Si			Respiratorio	Si		
Espirometria	NA			Dermatologia	Si		
Audiometria	Si			Osteomuscular	Si		
Visiometria	Si			Cardiovascular	Si		
Optometria	NA			Prueba de equilibrio	NA		
Electrocardiograma	NA			Prueba Psicometrica	NA		
Psicologia Laboral	NA			Radiologia Columna	NA		
Vacunas	NA			Radiologia Torax	NA		
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO							
Cuadro Hematico IVG	NA			Parcial de Orina	NA		
Glicemia	NA			RH Grupo Sanguineo	NA		
Colesterol	NA			KOH Uñas	NA		
Trigliceridos	NA			Frotis Faringeo	NA		
Serologia	NA			Coprologico	NA		

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	Apto Para Trabajos en espacios Confinados	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	Si	Aplazado	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	No Apto Para Este Cargo	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio	NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Proteccion Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Proteccion Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoracion por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6650 DE 2012 2010 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No	2058

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en Instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA SAS - IPS
NIT: 900170994

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 7060365-484254

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	19 jul. 2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	REINEL RANGEL MORALES	**Identificación:**	7060365
Género	MASCULINO **Edad:** 56	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3214109256
Fecha Nacimiento:	27/05/1966	**Cargo:**	RESIDENTE DE OBRA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CALLE 63 A # 75 A - 17 SUR - BR ISLA DEL SOL	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	CONSORCIO ESTABILIZACIÓN VIAL -	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	OD: AUDICION NORMAL OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 3000-4000-6000-8000- PTA OIDO DERECHO 15.00 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 15.00 - Audición Normal	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. 4.EXAMEN AUDITIVO DE INGRESO QUE CUMPLE CON LIMITES REQUERIDOS PARA ALTURAS.
ESPIROMETRÍA	CURVA FLUJO VOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	PRESBICIA CORREGIDA	CONTINUAR CON CORRECCION PARA LECTURA. CONTROL ANUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SOBREPESO	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE SOPORTE ELÁSTICO ANTIVARICE DE COMPRESIÓN (BAJA) DURANTE EL DÍA Y REALIZAR EJERCICIOS DE VACIADO VASCULAR DE MIEMBROS INFERIORES AL ACOSTARSE.
CUADRO HEMÁTICO		REALIZADO
PERFIL LIPIDICO		REALIZADO
GLICEMIA		REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES A EXAMEN FISICO	HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE LAS 4 EXTREMIDADES, PAUSAS ACTIVAS, DIETA SANA.
ANEXO ALTURAS	SIN ALTERACIONES A EXAMEN NEUROLOGICO	CAPACITAR EN TRABAJO EN ALTURAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR
.APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen. Las evaluaciones médicas ocupacionales tienen como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma y el hecho que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.'

Dr. Diego Alejandro Paez S.
Especialista en salud y seguridad en el trabajo
C.C 1013426063
E. U. A. A

DIEGO ALEJANDRO PAEZ SILVA

Médico Especialista en Salud Laboral -8614/2021

REINEL RANGEL MORALES

Firma y cédula del Paciente

7060365

7 CONTRATO INTERVENTORÍA CIN-REGALIAS-161-2022 DEL 14/02/2022

7.1 GENERALIDADES

7.1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE OBRA, DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DEL CONTRATO

Contrato de interventoría CIN-REGALIAS-161-2022 del 14/02/2022
Se remite contrato en el anexo 3A.

7.1.2 OBJETO DEL CONTRATO.

Realizar la interventoría técnica, administrativa, financiera, ambiental, social y jurídica, a la ejecución del proyecto “mejoramiento de vías terciarias en Bogotá” con código BPIN “2018000050020” financiado con recursos del sistema general de regalías SGR.

7.1.3 FECHAS DE SUSCRIPCIÓN, LEGALIZACIÓN, PLAZO Y VALOR CON SUS DIFERENTES ETAPAS, PRÓRROGAS, SUSPENSIONES Y ADICIONES.

TABLA 29 - SUSCRIPCIÓN, LEGALIZACIÓN, PLAZO Y VALOR

CONTRATO No.	CIN-REGALIAS-161-2022 del 14/02/2022
CONTRATISTA	ECOVIAS S.A.S
NIT	890.104.625-1
REPRESENTANTE LEGAL	LUIGGI ALBERTO PUGLIESE MERCADO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 3.104.380.144,00 Incluido IVA.
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$ 3.104.380.144,00 Incluido IVA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	QUINCE (15) MESES
PLAZO ACTUALIZADO DE EJECUCIÓN	QUINCE (15) MESES
FECHA DE INICIACIÓN	03 DE MARZO DE 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	02 DE JUNIO DE 2023

7.1.4 DIRECTORIO TELEFÓNICO ACTUALIZADO DEL PERSONAL PROFESIONAL DEL CONTRATISTA, INTERVENTORÍA Y DE LA ENTIDAD.

TABLA 30 - DIRECTORIO TELEFÓNICO

NOMBRE Y APELLIDO	ENTIDAD	CELULAR O TELÉFONO	Correo Electrónico
ECOVIAS S.A.S	ECOVIAS S.A.S	3126700442	Intersumapaz.ecovias@gmail.com
FDRS	FDRS	3752340	cdi.sumapaz@gobiernobogota.gov.co

7.2 INFORMACIÓN LEGAL Y FINANCIERA

7.2.1 GARANTÍAS Y VIGENCIAS DE LAS MISMAS, ADICIONES, SUSPENSIONES Y/O PRÓRROGAS.

TABLA 31 -PÓLIZA

COMPAÑÍA ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO S.A.S		
PÓLIZA UNICA CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES No.	85-44-101115012		
TIPO DE MODIFICACIÓN	ACTA DE INICIO		
FECHA DE EXPEDICIÓN	07/03/2022		
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	INICIAL	**FINAL**	
CALIDAD DEL SERVICIO	23/07/2023	23/07/2028	$931.314.043,20
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/03/2022	23/11/2024	$310.438.014,40
PAGO DE SALARIOS Y	03/03/2022	23/07/2026	$155.219.007,20
COMPAÑÍA ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO S.A.S		
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	85-40-101051606		
TIPO DE MODIFICACIÓN	ACTA DE INICIO		
FECHA DE EXPEDICIÓN	30/03/2022		
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	INICIAL	**FINAL**	
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	03/03/2022	23/07/2023	$300.000.000,00

Se remite póliza, en el Anexo No.3B

7.2.2 PRESENTAR EL CUADRO DE CONTROL LEGAL DEL CONTRATISTA Y DE LA INTERVENTORÍA (FECHAS DE SUSCRIPCIÓN, PROCESOS DE SELECCIÓN, ETC.)

TABLA 32 - FECHA DE SUSCRIPCIÓN Y PROCESO DE SELECCIÓN

ENTIDAD	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	PROCESO DE SELECCIÓN	FECHA DE INICIO
ECOVIAS S.A.S	14 /02/2022	FDRS-CMA-182-2021	03 de marzo del 2022

Se remite Acta de inicio, en el Anexo No.3C

7.2.3 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

TABLA 33 -OBLIGACIONES

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
Cumplir con las condiciones establecidas en los Documentos del proceso de contratación.	Se llevó a cabo la revisión de la documentación inicial de los contratos de obra iniciados y relacionados en el presente informe.
Desarrollar el objeto del contrato en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en los Documentos del proceso de contratación	La interventoría en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, desarrolla actividades de control y seguimiento de los contratos y adquisiciones en estado de ejecución.
Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda.	Suscripción de actas de inicio de los contratos / órdenes de compra relacionados en el presente informe.
Garantizar la calidad de los bienes y servicios prestados, de acuerdo con el Anexo Técnico, el pliego de condiciones y demás Documentos del proceso.	La interventoría durante la etapa pre - construcción y construcción, ha garantizado la calidad de todos los bienes y servicios como lo indica en los pliegos de condiciones, se realiza el seguimiento adecuado a las actividades correspondientes de cada contratista.
Dar a conocer a la entidad cualquier reclamación que indirecta o directamente pueda tener algún efecto sobre el objeto del contrato o sobre sus obligaciones.	Actualmente no se presenta reclamación alguna.
Abstenerse de ordenar y/o aprobar trabajos sin contar con el debido respaldo presupuestal	Actualmente los contratos de obra pública 478 y 479 se encuentran en la etapa de preconstrucción y construcción, todas las actividades ejecutadas se enmarcan en el alcance y propuestas económicas aprobadas por la UAERMV.
Acreditar el cumplimiento de la formación académica y la experiencia del equipo de trabajo definido en el Anexo Técnico 1 en los plazos acordados con la entidad.	La interventoría realizó la verificación de las hojas de vida presentadas por los contratistas, hizo las observaciones correspondientes y conceptuó favorablemente aquellas que cumplen con lo exigido en los pliegos.
Identificar las oportunidades para promover la vinculación de mano de personal local durante la ejecución del contrato.	Los contratistas de obra en cumplimiento de lo señalado en el anexo técnico, viene desarrollando la contratación del personal de obra en la vereda tunal bajo y alto y capitolio.
Implementar las medidas identificadas para promover el empleo local en el sitio de la obra	Los contratistas de obras hidráulicas promueven a través de los profesionales sociales, las actividades necesarias para la vinculación de la mano de obra de la región.
Dar cabal cumplimiento al pacto de transparencia y declaraciones de la carta de presentación de la oferta	Interventoría da cabal cumplimiento a la obligación.
Informar a la entidad estatal cuando	No aplica para este periodo.

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
ocurra una situación que implique una modificación del estado de los riesgos existentes al momento de proponer o celebrar el contrato, como sería el caso de la existencia de investigaciones, medidas de aseguramiento o condenas proferidas en Colombia o en el extranjero	
Comunicarle a la entidad cualquier circunstancia política, jurídica, social, económica, técnica, ambiental o de cualquier tipo, que pueda afectar la ejecución del contrato.	Para el presente periodo no se han presentado circunstancias que comunicar.
Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como los informes y archivos a su cargo, requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo (Cuando aplique).	Se realiza la entrega a la entidad contratante FDRS, los informes semanales y mensuales correspondiente al mes de agosto del 2022.
Dar aplicación a los subsistemas que componen el Sistema Integrado de Gestión adoptados por la Secretaría Distrital de Gobierno.	La interventoría recibió formato de certificación de cumplimiento, formato de informe mensual y formato de evidencia de reunión, formato de planos. El 11 de mayo de 2022 la interventoría recibió los formatos para: Acta de aprobación de ítems no previsto, Informe semanal, informe mensual, avance de obra, anticipo, listado de chequeo de informe mensual, avance de obra, avance de interventoría, acta de obra, acta de interventoría, informe de supervisión de interventoría. Los formatos se han utilizado en el cumplimiento del objeto del contrato.
Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato.	Interventoría cumple a cabalidad la obligación.
Utilizar de manera racional los recursos energéticos e hídricos de las instalaciones donde ejecuta sus actividades; así mismo realizar uso eficiente de los materiales e insumos; efectuar el manejo y disposición adecuada de los residuos sólidos ordinarios, peligrosos, especiales; igualmente realizar control y tratamiento de vertimientos y emisiones atmosféricas que se generen en ejercicio de las	La interventoría y contratistas de obra ejecutan sus actividades en el marco de la normatividad ambiental vigente.

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
actividades derivadas de la ejecución del contrato.	
Facilitar al supervisor todas las evidencias que soporten el cumplimiento normativo ambiental y la aplicación de criterios ambientales, según lo establecido en la guía verde de contratación de la entidad y las fichas ambientales del manual de compras públicas del Ministerio de Ambiente y Desarrollo sostenible.	El proyecto se realiza bajo los parámetros exigidos de acuerdo a la normatividad ambiental que se indica en la obligación.
Dar estricto cumplimiento al Ideario Ético del Distrito expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., así como a todas las normas que en materia de ética y valores expedida la secretaria Distrital de Gobierno en la ejecución del contrato.	Durante el desarrollo del contrato la interventoría ha dado estricto cumplimiento a las normas éticas y valores con el fin de garantizar un buen desarrollo del proyecto.
No instalar ni utilizar ningún software sin la autorización previa y escrita de la Dirección de Planeación y Sistemas de Información de la Secretaría, así mismo, responder y hacer buen uso de los bienes y recursos tecnológicos (hardware y software), hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor, (cuando aplique).	No aplica para el presente periodo.
Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago	La interventoría ha realizado el pago de los aportes al régimen de seguridad social.
Entregar para cada pago, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complemente	La interventoría para cada periodo expide la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar.
Vincular o contratar para la ejecución del contrato personas vulnerables, marginadas y/o excluidas de la dinámica productiva de la ciudad, de acuerdo a lo expuesto en la Directiva 001 del 31 de enero de 2011 (Cuando aplique) “democratización de las oportunidades económicas en el Distrito capital y promoción de estrategias para la participación real y efectiva de las	En cumplimiento de la obligación, la empresa ECOVIAS SAS tiene vinculado personal auxiliar que hace parte de la población vulnerables, marginadas y/o excluidas.

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
personas naturales vulnerables, marginadas y/o excluidas de la dinámica productiva de la ciudad”	
cuando el contratista haya diligenciado la Opción 1 del Formato 7A – Promoción de Servicios Nacionales o con Trato Nacional deberá incorporar como mínimo EL 80% de personal colombiano para el cumplimiento del contrato.	Todo el personal vinculado al proyecto es de nacionalidad colombiana.
Cuando el contratista haya diligenciado el Formato 7B – Incorporación de Componente Nacional en Servicios Extranjeros deberá incorporar como mínimo el noventa por ciento (90 %) de personal técnico, operativo y profesional de origen colombiano para el cumplimiento del contrato.	Todo el personal vinculado al proyecto es de nacionalidad colombiana.
TÉCNICAS: Tienen que ver con el cumplimiento de las especificaciones, normas técnicas y procedimientos solicitados para la correcta ejecución del contrato objeto de la interventoría.	
Conocer el proyecto, los estudios previos, los pliegos de condiciones, la propuesta presentada por el contratista, el contrato objeto de interventoría, así como las normas, procedimientos internos de la entidad y la normatividad vigente sobre contratación estatal.	La interventoría desde la suscripción del acta de Inicio del contrato No. 161 del 03 de marzo de 2022, ha venido revisando la documentación precontractual y contractual del contrato de interventoría y los que son objeto de la interventoría, de igual manera está desarrollando todas las actividades que se definen en estos documentos para cada una de las etapas.
Velar y garantizar porque el contratista encargado cumpla con las obligaciones contraídas y ejecute el contrato de acuerdo con las exigencias del pliego de condiciones, la propuesta presentada y el contrato.	La interventoría en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, realiza permanentemente las actividades de seguimiento y control, garantizando que los contratistas de obra den cumplimiento a sus obligaciones y al objeto del contrato.
Formular al contratista las observaciones necesarias y emitir los conceptos técnicos que le sean solicitados para el adecuado desarrollo del contrato.	Durante el desarrollo de la etapa de proconstrucción y construcción, la interventoría ha realizado diversas actividades entre otras solicitud, revisión y observaciones a la documentación entregada por los contratistas, los especialistas de la interventoría generan pronunciamientos cada vez que se ha requerido.
Supervisar la compra de los materiales e insumos, según los correspondientes listados previstos en el contrato principal, que se requieran para atender las emergencias y tareas aprobadas por los diferentes comités de obra, velar por su adecuado uso y realizar la interventoría técnica para los trabajos a ejecutar	La UAERMV dentro del plan de adquisiciones dispuso y justificó para la ejecución del proyecto, la necesidad de comprar diversos materiales e insumos, la interventoría los recibió conforme a las fichas técnicas y órdenes de compra, se

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
	hizo entrega a la UAERMV en instalaciones del almacén localizado en la sede la Elvira para su custodia y uso de acuerdo a las necesidades reales del proyecto.
Hacer, permanente seguimiento y supervisión de los trabajos de obra realizados en los puntos definidos a intervenir, haciendo uso del personal mínimo requerido con sus respectivas dedicaciones y según las solicitudes por parte del FDRS sin perjuicio de los requerimientos extraordinarios por necesidades del servicio, informando de ello al supervisor del contrato.	La interventoría con el personal dispuesto en campo (según la oferta económica), viene realizando el seguimiento a las actividades realizadas por los contratistas de obra.
Coordinar reuniones de seguimiento SEMANAL tanto para la etapa de preconstrucción como para la etapa de construcción en compañía del contratista, la interventoría y persona delegada por el Fondo de Desarrollo Rural para la supervisión del proyecto.	La interventoría realiza el seguimiento semanal a través de comités de obra que se efectúa con los contratistas.
Asistir a las reuniones y comités (veeduría, socializaciones, de obra, generadas directamente por el FDRS, etc.) que se generen dentro de la localidad de Sumapaz cuando sea necesario, a solicitud del supervisor de parte del FDRS.	Desde la firma del acta de inicio, la interventoría hace presencia en todas la reuniones y comités que convoca el FDRS y demás interesados del proyecto.
Aplicar y ceñirse a las especificaciones para interventoría contenidas en el Manual de interventoría de la secretaria de Gobierno	Se revisa y aplica permanentemente el manual de interventoría en su versión vigente.
Evaluar y hacer seguimiento al plan de trabajo del contratista y sugerir recomendaciones pertinentes.	La interventoría en cumplimiento de sus obligaciones contractuales realiza control y seguimiento diario a los cronogramas presentados por los contratistas de obra.
Verificar y realizar seguimiento al cabal cumplimiento del anexo técnico correspondiente del contratista	Actualmente los contratos de obras Hidráulicas No.478y 479 de 2022, están en etapa de preconstrucción y construcción, la interventoría vela por el cumplimiento de las especificaciones y lo dispuesto en el anexo técnico.
Hacer el control y seguimiento a todas las	Actualmente no se ha iniciado las

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
actividades relacionadas con el Mejoramiento de las vías a cargo de la Unidad de Mantenimiento Vial UAERMV y las ejecutadas por CONTRATISTA de las obras de arte, y Gaviones. El pago de estas actividades está sujetas a la validación por parte de la interventoría, esto es, aprobar los ensayos de calidad de los materiales empleados y los procedimientos constructivos, los cuales garanticen la correcta ejecución del objeto contractual.	actividades que le corresponden a la unidad de mantenimiento vial, se da y cumplimiento a la obligación con los contratos 478 y 479 del 10/02/2022.
El Interventor NO podrá permitir la ejecución de actividades NO previstas sin el consentimiento y/o autorización por parte de la UAERMV o del FDRS	A fecha del presente informe no se han ejecutado actividades no previstas, las identificadas por el contratista hasta la fecha se encuentran en revisión y se trasladará formalmente el concepto favorable a la UAERMV para su aprobación.
Presentar Informes semanales de avance de obra, los cuales deberán ser aprobados por la supervisión. Estos Informes deben poseer y presentar características y propiedades de una labor coordinada y homogénea entre las diferentes disciplinas, ya que se trata de un Proyecto Integral y como tal debe ser concebido y ejecutado. deberá incluir como mínimo los hitos establecidos en la Curva S. Adicional a lo anterior, deberá incluir • Hitos críticos de la curva S • Indicadores Financieros • Indicadores Físicos • Situaciones problemáticas • Plan de Acción Actividades Desarrolladas durante la semana (Ambiental, social, técnica, administrativa, presupuestal etc.) • Actividades programadas para la siguiente semana • Comentarios de la Interventoría • Registro Fotográfico donde se evidencie el avance semanal de las obras.	Con la firma de acta de inicio de obra el 03 de marzo del 2022, la interventoría ha desarrollado los informes semanales y mensuales de cada periodo, garantizando el buen manejo de la información para que la entidad contratante FDRS tenga antemano la información y el estado de avance del proyecto en sus dos etapas de preconstrucción y construcción.
Llevar una bitácora de obra, esto es, una memoria diaria de todos los acontecimientos ocurridos y decisiones tomadas en la ejecución de los trabajos, de los conceptos de los especialistas en caso de ser necesarios, de manera que se logre la comprensión general del proyecto y el desarrollo de las actividades, de acuerdo con la programación aprobada. Debe encontrarse debidamente foliada y firmada por el director de obra y el director de la interventoría. A ella tendrán acceso,	Entre la interventoría y contratista de obra está llevando el control y registro de las actividades diarias que se realicen en obra.

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
cuando así lo requieran, los delegados del FDRS	
Revisar, aprobar y Entregar los estudios y diseños completos elaborados por el consultor, ajustados (si aplica), de forma tal que puedan ser utilizados posteriormente como insumo para la ejecución de las actividades de las obras respectivas.	Durante la ejecución del proyecto, la interventoría ha revisado los estudios y diseños remitidos por el consultor, sin embargo, se han generado observaciones a estos diseños con el fin de garantizar una correcta ejecución en obra, el ajuste y complementación de los estudios y diseños es responsabilidad de los contratistas de obra.
El interventor deberá hacer el acompañamiento al CONTRATISTA para efectuar todos los trámites y gestiones necesarias para la obtención de las licencias requeridas y permisos QUE APLIQUEN para la ejecución de las obras.	La interventoría ha realizado el acompañamiento adecuado a cada uno de los contratistas, para el presente informe no se ha requerido realizar tramites de expedición de permisos y/o licencias.
EL interventor debe coordinar con el CONTRATISTA la realización de comités de obra, uno (1) por semana incluyendo presentación audiovisual de los avances, con la presencia de todos sus profesionales, la Interventoría, el FDRS, UMV y todas aquellas entidades involucradas. El lugar de los comités será definido por el FDRS.	Durante el inicio del contrato de Interventoría No. 161 03 de marzo de 2022, se ha realizado los comités de obra de manera virtual y presencial.
Coordinar y asistir a reuniones de acompañamiento con representantes de las entidades, FDRS, UMV, y demás que apliquen	Durante el inicio del contrato de Interventoría No. 161 03 de marzo de 2022, se ha realizado los comités de obra de manera virtual y presencial, a estos asisten el FDRS, UAERMV, contratistas e interventoría.
ADMINISTRATIVAS: Son las acciones que debe adelantar el interventor para garantizar el cumplimiento de las cláusulas del contrato, así como el cumplimiento de la normatividad aplicable al mismo.	
Verificar que el contratista objeto de la interventoría haya cumplido con los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.	La interventoría realizo la correcta verificación del objeto del contrato de cada uno de los contratistas y cada contrato fue verificado en la página del SECOP II
Presentar el plan de trabajo y enfoque de la interventoría al supervisor del contrato	La interventoría ejecutará sus actividades de conformidad a las obligaciones del contrato y lo dispuesto en el manual de interventoría vigente, no obstante, esto será complementado y se alineará con los cronogramas que presenten los contratistas de obra para la ejecución del alcance.
Revisar y aprobar, previo visto bueno de la Alcaldía Local de Sumapaz, el plan de trabajo y el cronograma de actividades presentadas por el contratista objeto de la	La interventoría revisó y observó los cronogramas de obra remitidos por los contratistas de obra, esta documentación se remitió a los contratistas con copia al

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
interventoría.	FDRS y a la UAERMV.
Presentar por escrito informes de análisis que den cuenta del avance del contrato principal según los términos y demás documentos que forman parte integral del contrato especialmente lo relacionado con control sobre la ejecución supervisión y/o interventoría.	Para este periodo la interventoría realiza el control y seguimiento permanente a los contratos de las obras complementarias hidráulicas, subdrenaje y gaviones, el contrato principal a cargo de la UAERMV no ha dado inicio a la etapa de construcción.
Atender las sugerencias del supervisor y mantener informada al alcalde de cualquier situación que impida la adecuada y óptima ejecución del contrato	A través de los comités de obra se mantiene informado al supervisor del estado actual del proyecto.
Aclarar cualquier inquietud de índole técnica, legal o financiera que se presente por parte de la Alcaldía Local de Sumapaz luego de liquidado el contrato objeto de la interventoría y por el término de cuatro (4) meses más.	El contrato de interventoría y los de obra se encuentran en la etapa de ejecución.
Responder civil y penalmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente orden, como por los hechos u omisiones que le fueron imputables y causen daño o perjuicio a la entidad.	A fecha del presente informe la interventoría a dado cumplimiento a sus obligaciones contractuales, lo anterior con los recursos que fueron aprobados en la oferta económica, sin causar daños o perjuicios al FDRS.
Constituyen derechos y deberes del Contratista, los contenidos en el artículo 5º. de la Ley 80 de 1993 y subsiguientes.	
Presentar junto con la factura de cobro el pago, la certificación de pagos a salud, pensión y parafiscales en donde se pueda verificar claramente el periodo al que corresponde el pago.	La interventoría ha radicado a la Entidad las facturas de los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio, para cada uno de estos realizó los pagos de las planillas del personal correspondiente en cada periodo.
Elaborar y firmar conjuntamente con el contratista la documentación soporte de los informes y las actas que demande la correcta ejecución y desarrollo del contrato objeto de interventoría, como: ordenes de trabajo, programaciones, actas de reunión, actas de avance, actas de suspensión, actas de reanudación, actas de entrega y recibido a satisfacción, actas de liquidación y los documentos que se consideren necesarios.	Durante el periodo comprendido del 01 al 31 de agosto del 2022 se ha dado cumplimiento a la obligación, esto se evidencia en las actas de comité semanal de obra suscritas, las observaciones a los cronogramas, suscripción de acta de inicio y construcción, demás documentos generados en el periodo que se indica.
Constatar la vigencia de las garantías, de tal forma que se esté cumpliendo con lo solicitado	Desde el acta de inicio de cada contrato la interventoría ha revisado las garantías de cada contrato de obra, lo anterior con el fin de verificar cumplimiento a lo indicado en pliegos y la vigencia de las mismas.
Dar respuesta oportuna a las peticiones y oficios que presente el contratista o la Alcaldía Local.	Desde el inicio del contrato se ha venido llevando la correspondencia de manera virtual atreves de correos electrónicos garantizando una respuesta oportuna a

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
	todos los involucrados en el proyecto.
Recomendar las medidas necesarias para la correcta ejecución del contrato objeto de interventoría, tales como, modificaciones, adiciones, suspensiones y/o prorrogas.	Para el presente informe, se anexa la modificación 1 y prorroga 1 de los contratos 478 7 479 10/02/2022.
Verificar que el contratista realice las correcciones formuladas por la interventoría o por la Alcaldía Local de Sumapaz.	La interventoría durante la etapa de preconstrucción y construcción ha realizado la revisión, verificación y observaciones a la documentación e información remitida por los contratistas de obra, reiterando cuando no se recibe la respuesta de manera oportuna.
Expedir la certificación del recibido a satisfacción del servicio mediante acta firmada.	Los contratos de obras hidráulicas se encuentran en etapa de construcción, a la fecha no se ha recibido actas parciales y la realización de actos administrativos orientados al recibido a satisfacción de obra ejecutada, la interventoría recibió dentro de los plazos establecidos para ello, los productos, insumos y materiales comprados por la UAERMV según el plan de adquisiciones de la Entidad para la ejecución de las obras a su cargo, cabe aclarar que, estos elementos fueron entregados a la UAERMV para su custodia y uso según las necesidades reales del proyecto.
Diligenciar, aportar y hacer conocer al contratista los formatos que la Alcaldía Local suministre o solicite.	El FDRS compartió a la interventoría los formatos que hasta la fecha de vienen implementando para la presentación de informes semanales, mensuales, registro de avance, presentación de actas parciales, actas de comité. Los contratistas de obra implementan la documentación de su contratante (UAERMV).
Aportar el registro fotográfico de cada una de las obras realizadas en el desarrollo del contrato de obra para cada uno de los puntos establecidos en los pliegos, identificando la ubicación de los mismos (el registro fotográfico deberá estar fechado a efectos de corroborar los días de visita).	se anexa registro fotográfico
Verificar que el contrato principal cuente con los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros que requiera para la	Los contratistas de obras hidráulicas disponen de los recursos humanos, técnicos y financieros para la correcta

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
ejecución de la totalidad de actividades que aseguren una ejecución acorde con las expectativas de la entidad contratante.	ejecución de sus contratos, lo anterior en cumplimiento al personal mínimo requerido que se indica en el anexo técnico, cabe aclarar que el personal residente (2) y SST (2) hará presencia en campo en la medida que se liberen tramos a intervenir según lo expresado por los contratistas de obra. El contrato principal está a cargo de la UAERMV y no ha iniciado la etapa de construcción.
Verificar la viabilidad de las modificaciones que requiera el contrato objeto de Interventoría, de conformidad con las normas legales vigentes.	No aplica para este periodo.
Exigir al contratista objeto de interventoría la prórroga de las garantías otorgadas, acorde con el plazo pactado en el contrato, las modificaciones suscritas, las suspensiones efectuadas o la proyección de recursos con que se disponga	La interventoría solicitó las pólizas actualizadas según modificación 1 y prorroga 1 de los contratos 478 y 479 del 10/02/2022, los documentos se encuentran publicados en la plataforma SECOP II.
Estudiar y analizar, las reclamaciones que presente el contratista principal a la entidad contratante y recomendar motivadamente las correspondientes soluciones	La interventoría durante la etapa de preconstrucción y construcción, ha dado respuesta a las reclamaciones y observaciones generadas por los contratistas y trasladó aquellas que deben ser resueltas por las Entidades.
Dar traslado oportuno a la Administración de las solicitudes y peticiones que le haga el contratista en relación con el desarrollo del contrato y advertir a ésta sobre el vencimiento de términos para resolver.	Ver respuesta de obligación anterior.
Aprobación del talento humano: verificar y aprobar las hojas de vida del personal propuesto por el operador de acuerdo a los perfiles exigidos.	La interventoría realizó la verificación de las hojas de vida y los documentos que brindan soporte a la experiencia general y especifica que se indica en los pliegos.
Entregar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato las hojas de vida de los profesionales que van a ser contratados por LA INTERVENTORÍA para la ejecución de Etapa de preconstrucción y de Construcción. El supervisor contará con dos (2) días hábiles para efectuar la revisión y en caso de solicitud de ajustes a la INTERVENTORÍA contará con dos (2) días hábiles adicionales para subsanar.	La interventoría remitió a la Entidad dentro del plazo señalado, la documentación que se indica en la obligación.
Supervisar y vigilar que el contratista cumpla con las normas de seguridad, seguimiento periódico al cumplimiento al cronograma de trabajo, y a riesgos e incidencias relacionadas con el equipo de	La interventoría realiza el control y seguimiento permanente a las obras en ejecución y verifica en cada jornada que el personal use la dotación y elementos de protección que se requieren para la

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
trabajo	ejecución de las actividades.
Revisión y aprobación de las facturas y demás documentos requeridos como soporte para los pagos.	Para el presente periodo la interventoría no ha recibido facturas de los contratistas de obra, para las adquisiciones contratadas por la UAERMV se adelanta el proceso de acopio y revisión de la documentación de soporte para los pagos. La interventoría con el presente informe presenta la factura de agosto con los anexos correspondientes.
Las demás que se consideren necesarias para el debido cumplimiento del objeto del contrato.	Actualmente el contrato está en etapa de preconstrucción y construcción.
Dar aplicación del anexo Técnico No. 1: Requerimientos Técnicos-Interventoría, anexo al presente pliego.	La interventoría adelanta sus actividades enmarcadas en el documento que se indica en la obligación.
Hacer todos los requerimientos pertinentes al contratista de obra y al ejecutor para garantizar el cumplimiento del objeto contractual en el plazo establecido	Durante el desarrollo del proyecto la interventoría ha generado los requerimientos pertinentes a la etapa de preconstrucción y construcción del proyecto.
FINANCIERAS: Tienen que ver con el seguimiento a los costos del contrato.	
Vigilar que el costo del contrato no exceda el valor del mismo evitando que el contratista solicite pagos adicionales por cualquier concepto	La interventoría ha requerido a los contratistas de obra la presentación del balance presupuestal, a fecha de este informe se presentan observaciones a los documentos recibidos (cantidades reales a ejecutar).
Aprobar y tramitar los pagos correspondientes, teniendo en cuenta la correcta liquidación de aportes fiscales y parafiscales y los impuestos a que hubiere a lugar.	La interventoría para el presente mes liberó los pagos del contratista soluciones Geoespaciales y panamericana.
Presentar mensualmente al supervisor el estado financiero del contrato objeto de interventoría.	Se anexa el estado financiero del contrato objeto de interventoría.
Presentar oportunamente las cuentas de acuerdo al PAC establecido con la Alcaldía Local.	La interventoría con cada informe mensual presenta la factura correspondiente.
Presentar los soportes requeridos para el trámite de cuentas de cobro del contrato objeto de interventoría.	Se presenta los soportes requeridos para la cuenta de cobro del acta No 6 de interventoría.
Corroborar que el contratista objeto de interventoría realice el pago de sueldos, prestaciones sociales, parafiscales y la entrega oportuna de la dotación del personal contratado para la ejecución del contrato “MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS A CARGO DE LA UAERMV	los contratistas de obras hidráulicas realizan los pagos de seguridad social y se evidencia que el personal cuenta con la respectiva dotación.

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ ".	
JURÍDICAS:	
Someter a consideración de la Entidad contratante, las modificaciones correspondientes a aspectos contractuales que de acuerdo con su análisis encuentre justificables como resultado de la solicitud formal por parte del ejecutor.	No aplica para este periodo.
Verificar y garantizar que el contratista cumple la metodología propuesta y utiliza el personal necesario para el desarrollo de los trabajos y en caso de no cumplirse con lo solicitado en los pliegos de condiciones y propuesta aprobada, promover las respectivas sanciones por los cambios no autorizados.	Los contratistas hidráulicos han vinculado el personal operativo para la ejecución de las actividades que se adelantan en este periodo, lo anterior de conformidad a los procedimientos acordados.
Será obligación de la Interventoría poner en conocimiento de la Entidad contratante, mínimo con un (1) mes de anticipación, la prórroga o vencimiento del contrato. En cada uno de estos casos, será la Interventoría la responsable de solicitar oportunamente el trámite, previa justificación técnica de los hechos, quedando a juicio de la Entidad contratante la determinación final.	No aplica para este periodo.
Establecer los incumplimientos en que pudiese haber incurrido el ejecutor los cuales deberán notificársele con copia a la Entidad contratante dentro de los dos días hábiles siguientes, solicitando los correctivos que correspondan y fijando plazos perentorios para subsanarlos.	La interventoría mediante oficio 186-1-092 requirió al CEV por no conformidades en las obras de construcción de filtro.
La Interventoría tendrá especial cuidado en que la Entidad contratante esté amparada por las garantías contractuales establecidas. Así mismo, exigirá con la debida anticipación su renovación o modificación si fuere del caso.	La interventoría durante la etapa de preconstrucción y construcción ha realizado el seguimiento y verificación de las pólizas de los contratos, así mismo ha solicitado la actualización de cada uno de las pólizas según las novedades contractuales suscritas.
Solicitar a la Alcaldía Local – Oficina de Contratación promover las acciones de responsabilidad contra el contratista o su garante cuando las condiciones de calidad exigidas por la entidad u ofrecidas por el contratista respecto de los trabajos no se cumplan.	La interventoría mediante oficio 186-1-092 requirió al CEV por no conformidades en las obras de construcción de filtro, esta comunicación fue remitida al FDRS con copia a la UAERMV.
Elaborar, suscribir y sustentar las actas que requiera la ejecución del contrato, en las fechas en que realmente se produzcan tales hechos, en los formatos establecidos por la Entidad: a. Acta de	La interventoría proyectó y distribuyó para firma las actas de inicio de los contratos que iniciaron en este periodo, lo anterior en los formatos compartidos por el FDRS.

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
Iniciación b. Acta de suspensión (si aplica) c. Acta de reiniciación (si aplica) d. Acta de cambio de Supervisor o Interventor (si aplica) e. Acta de adición y/o prórroga (si aplica) f. Acta de Terminación g. Acta de Liquidación del Contrato h. Copia de las Actas de seguimiento y demás documentos necesarios para controlar el desarrollo del contrato. i. Demás actas que surjan en desarrollo del proceso.	De igual forma se hizo con las actas de seguimiento semanal de obra y demás documentos generados.
Estudiar sugerencias, observaciones y consultas del contratista, resolverlas por escrito oportunamente si son de su competencia y emitir un concepto y recomendación sobre las que no lo sean, remitiéndolas al supervisor del contrato.	La interventoría ha dado respuesta, a la correspondencia recibida.
La Interventoría solicitará, de manera oportuna, la aplicación de sanciones en contra del contratista en caso de incumplimiento de obligaciones de este último y sustentar técnicamente dicha solicitud y los demás actos que en razón del trámite de la respectiva sanción sean necesarios	No aplica para este periodo.
La Interventoría será responsable de las consecuencias surgidas del incumplimiento de esta obligación	En este periodo no se ha generado ninguna sanción contra los contratistas de obra.
Una vez finalizado el plazo para la ejecución del contrato de obra pública, la Interventoría procederá a elaborar el acta de terminación del contrato de obra pública, la cual debe dejar constancia de la terminación del contrato y la entrega a satisfacción de los productos e informes contractualmente requeridos. Esta debe ser firmada por el interventor o supervisor del contrato y el ejecutor.	El proyecto está en la etapa de construcción, no ha finalizado.
Por otro lado, el acta de recibo y el acta de liquidación del contrato, debe contener el amparo de la calidad de los materiales y procedimientos constructivos y del diagnóstico; Estabilidad y Calidad de la Obra, las clases de documentos elaborados, la cantidad, descripción y número de copias a entregar y la información en medios magnéticos	El proyecto está en la etapa de construcción, no ha finalizado.
Reconocer el marco jurídico del Sistema General de Regalías, con el fin de identificar los límites que este Sistema tiene frente a la ejecución del proyecto	La interventoría ha revisado la documentación que indica la obligación, con el fin de tener claridad respecto a los límites.
SOCIAL	
Realizar el acompañamiento para las	La interventoría realizó acompañamiento

OBLIGACIÓN	CUMPLIMIENTO
socializaciones necesarias para dar a conocer los alcances de las obras a ejecutar con la comunidad, el FDRS y las entidades que se estimen necesarias.	a las reuniones de socialización programadas por los consorcios estabilización vial y gaviones 95.
Realizar el acompañamiento para la convocatoria según directivas del FDRS para la recolección de hojas de vida del personal en las zonas que se intervenga obra.	La interventoría ha participado activamente en esta gestión.
Realizar el acompañamiento para la socialización para la contratación del personal de la zona en conjunto con el contratista y la supervisión del FDRS.	La interventoría vigila que los contratistas de obra realicen sus contrataciones acordes a las disposiciones legales vigentes.
Aplicar y ceñirse a las especificaciones para interventoría contenidas en el Manual de interventoría de la Secretara de Gobierno.	Se ha aplicado las especificaciones para interventoría contenidas en el manual de interventoría de la Secretara de Gobierno
Realizar el acompañamiento para el desarrollo del levantamiento de las diferentes actas de vecindad, actas de comité de obra, actas de veeduría etc.	La interventoría ha realizado el acompañamiento necesario para la ejecución de las actividades que se indican.
AMBIENTAL	
Verificar que el contratista se ajuste a las normas ambientales vigentes, de conformidad con las actividades objeto de su contrato.	Los contratistas de obras hidráulicas realizan las actividades de obra de acuerdo a las normas ambientales vigentes y los programas del PAGA.
Verificar que los trabajos de obra, sobre el punto intervenido, se realicen con el mínimo impacto ambiental posible.	La interventoría realiza permanente verificación del componente ambiental, evitando afectaciones en el entorno done se ejecutan los trabajos.
Realizar el seguimiento y acompañamiento con la CAR a las obras ejecutadas en la localidad de Sumapaz dentro de su competencia	Se ha realizado el seguimiento y acompañamiento, sin presencia de la autoridad ambiental que se indica en la obligación (no requerida para este periodo).
Aplicar y ceñirse a las especificaciones para interventoría contenidas en el Manual de interventoría de la Secretaría de Gobierno.	Actualmente el contrato está en etapa de preconstrucción y construcción, sin embargo, todas las solicitudes se han realizado bajo el marco de las especificaciones del manual de interventoría.
Vigilar que el Contratista realice las acciones necesarias para mitigar los impactos ambientales que se puedan generar en los sitios de obra, tales como de seguridad, emisiones de ruido, polvo, material participado, olores, residuos de demolición, entre otros.	Los contratistas de obras hidráulicas disponen de un punto de acopio para la recolección y selección de residuos.
Ajustarse a lo especificado en anexo técnico referente a Normas y demás exigencias Ambientales.	Los contratistas se ajustan a lo especificado en el anexo técnico referente a normas y demás exigencias ambientales.

7.2.4 ACTA PARCIAL DE INTERVENTORÍA

En el anexo 3D. se remite acta parcial No.6 con el cobro de los costos fijos, así como se indica en la cláusula de pago del contrato de interventoría CIN-REGALIAS-161-2022, como se describe a continuación:

…" Los recursos serán girados al tercero acreedor a través de la plataforma Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías -SPGR, desde la cuenta del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Teniendo en cuenta que se deberán gestionar los recursos a través de plataformas administradas por agentes externos, con sus procedimientos propios, se aclara que el mero atraso del pago no será causal de incumplimiento contractual.

***NOTA 2:** Se entregará y socializará al adjudicatario el anexo "ACTA DE PAGO PARCIAL DE INTERVENTORÍA", mediante el cual se define la fórmula para calcular el pago de los porcentajes variables y fijos del contrato.*

TABLA 34 – ACTA PAGO PARCIAL INTERVENTORÍA NO. 6

No	% DEL VALOR TOTAL	NÚMERO DE PAGOS	REQUISITOS
1	30% Costo fijo	Pagos mensuales (14 meses) Mes Vencido	* ETAPA DE PRECONSTRUCCIÓN: Informe mensual de seguimiento de las actividades que se desarrollaran durante dicha etapa, con el fin de evidenciar la gestión de la interventoría, como también, del cumplimiento de lo estipulado en el Anexo 1 – Anexo Técnico y los estudios previos, debidamente aprobado por la supervisión FDRS. * ETAPA DE CONSTRUCCIÓN: Aprobación informe mensual (con sus respectivos soportes, conforme a la lista de chequeo y formatos entregados por el fondo al adjudicatario) por parte de la supervisión del FDRS.
2	60% Costo Variable	OBRAS VIALES UAERMV 20% Pagos Mensuales (12 meses) mes vencido	* Informe mensual contra avance físico de obra ejecutado según actas parciales previamente aprobadas por las partes (UAERMV, INTERVENTORÍA Y FDRS) con sus respectivos soportes, conforme a la lista de chequeo y formatos entregados por el fondo al adjudicatario.

No	% DEL VALOR TOTAL	NÚMERO DE PAGOS	REQUISITOS
		OBRAS HIDRÁULICAS Y MURO DE GAVIÓN CONTRATISTA LOTE 1 (que surjan de la licitación pública No. LP-006-2021) 20% Pagos mensuales (12 meses) mes vencido	* Informe mensual contra avance físico de obra ejecutado según actas parciales previamente aprobadas por las partes (CONTRATISTA LOTE 1 (que surjan de la licitación pública No. LP-006-2021), INTERVENTORÍA Y FDRS) con sus respectivos soportes, conforme a la lista de chequeo y formatos entregados por el fondo al adjudicatario)
		OBRAS HIDRÁULICAS Y MURO DE GAVIÓN CONTRATISTA LOTE 2 (que surjan de la licitación pública No. LP-006-2021) 20% Pagos mensuales (12 meses) mes vencido	* Informe mensual contra avance físico de obra ejecutado según actas parciales previamente aprobadas por las partes (CONTRATISTA LOTE 2 (que surjan de la licitación pública No. LP-006-2021), INTERVENTORÍA Y FDRS) con sus respectivos soportes, conforme a la lista de chequeo y formatos entregados por el fondo al adjudicatario)

No	% DEL VALOR TOTAL	NÚMERO DE PAGOS	REQUISITOS
3	10%	Un pago (5%)	* Recibo a satisfacción de las obras de malla vial, obras hidráulicas y demás que sean requeridas. *Entrega de informe final de interventoría. *Entrega planos récord al momento del pago. Conforme lo mencionado en los estudios previos y anexo 1 – anexo técnico.
		Un pago (5%)	* Suscripción acta de liquidación contrato de obra de interventoría.

7.2.5 SEGUIMIENTO REALIZADO POR INTERVENTORÍA

A continuación, se relaciona los contratos a los cuales la interventoría realiza control y seguimiento al presente informe:

- contrato de Compraventa de Señalización No. 413 del 25/01/2022, firmado el 22 de marzo de 2022.
- contrato de obras Hidráulicas No.478 del 10/02/2022, firmado el 03 de marzo de 2022.
- contrato de obras Hidráulicas No.479 del 10/02/2022, firmado el 03 de marzo de 2022.
- contrato de Prestación de Servicios No.480 del 22/02/2022, firmado 03 de marzo de 2022.
- contrato 486 del 05/04/2022, firmado el 30 de junio de 2022.
- contrato 490 del 02/05/2022, firmada el 09 de junio de 2022.
- contrato 492 del 11/05/2022, firmada el 09 de junio de 2022.
- contrato 213 del 17/01/2022, firmada el 09 de marzo de 2022.
- contrato 500 del 03/06/2022, firmada el 03 de junio de 2022.
- contrato 501 del 03/06/2022, firmada el 03 de junio de 2022.
- contrato 502 del 03/06/2022, firmada el 03 de junio de 2022.
- contrato 503 del 03/06/2022, firmada el 03 de junio de 2022.
- contrato 504 del 03/06/2022, firmada el 03 de junio de 2022.
- contrato 488 de 2022, firmada el 24 de agosto de 2022.
- contrato 520 de 2022, firmada el 29 de agosto de 2022.
- contrato 493 del 20/05/2022, firmada el 10 de agosto de 2022.

- contrato de Interventoría No. 161 del 14/02/2022, firmado el 03 de marzo de 2022.

7.2.6 PERSONAL INTERVENTORÍA

A continuación, se relaciona el personal que participo en el mes de agosto del 2022.

TABLA 35 - PERSONAL DE ECOVÍAS S.A.S

	PROFESIONAL	**NOMBRE**
1	Director de Interventoría	Carlos Herrera
2	Ingeniero Residente de Interventoría 1	Edwin Tovar
3	Ingeniero Residente de Interventoría 2	Jenny Rodríguez
4	Profesional Ambiental	Jefferson Harry López
5	Profesional Social	Tulia Olaciregui
6	Profesional SST	Lindys Colon
7	Especialista en Geotecnia	Dani Acevedo
8	Especialista en Pavimentos	Dani Acevedo
9	Especialista Hidráulico	Nelson Martínez
10	Especialista Estructural	Manuel Alarcón
11	Especialista en Tráfico	Walter Pautt
12	Especialista en diseño Geométrico	Walter Pautt
13	Topógrafo	Elkin Porras

Durante el presente periodo, se ha contado con el personal de interventoría que se relaciona en la tabla anterior.

En el Anexo No.3E, se remite copia de las planillas de seguridad social personal de interventoría y certificado revisor fiscal

7.2.7 EQUIPO Y SEDE DE LA INTERVENTORÍA

El equipo disponible de la interventoría se describe a continuación:

Equipo completo de laboratorio disponible para el proyecto

Equipo completo de topografía:

- ✓ Niveles de precisión.
- ✓ Miras Topográficas.
- ✓ Estaciones de topografía.
- ✓ Equipos Menores Topografía.

Equipo de oficina:

- ✓ Equipos de Computación de Escritorio y Portátiles
- ✓ Equipos de Escáner e Impresión.
- ✓ Dotación de oficina

Sede de la interventoría:

- ✓ oficina como sede de la interventoría en obra, está ubicada en la localidad de Sumapaz, vereda san juan, en Bogotá urbana y Barranquilla.
- ✓ Oficina en Bogotá y Barranquilla.
- ✓ Vehículos (obra y Bogotá urbana).

7.2.8 ACTIVIDADES EJECUTADAS

El contrato de interventoría No. CIN-161 del 14/02/2022, en el periodo comprendido entre 01 al 31 de agosto de 2022, realizó seguimiento a los contratos activos indicados en el informe mensual.

7.3 REVISIÓN DOCUMENTACIÓN

Se llevó a cabo la revisión de la documentación inicial de los contratos de obra correspondiente a la firma del acta de inicio de los mismos.

Así mismo a través de diversas comunicaciones, la interventoría durante el presente periodo ha dado respuestas a las solicitudes que han presentado los contratistas de obra.

7.3.1 SEGUIMIENTO PROGRAMACIÓN.

A continuación, se relaciona el reporte programado vs reporte ejecutado del contrato de interventoría.

TABLA 36 - REPORTE PROGRAMADO VS REPORTE EJECUTADO

AVANCE FÍSICO							
Etapas	**MES**	**Periodo Informado**	**Avance físico programado**		**Avance físico Real**		
			Porcentaje avance programado	**porcentaje avance acumulado**	**Porcentaje avance real**	**porcentaje avance real**	**% Cumplimiento (Real Vs Programado)**
Previa	1	31-mar-22	2,14%	2,14%	2,14%	2,14%	100,00%
	2	30-abr-22	2,14%	4,29%	2,14%	4,29%	100,00%
Ejecución obra	3	31-may-22	7,14%	11,43%	2,14%	6,43%	56,25%
	4	30-jun-22	7,14%	18,57%	2,14%	8,57%	46,15%
	5	31-jul-22	7,14%	25,71%	2,14%	10,71%	41,67%
	6	31-ago-22	7,14%	32,86%	2,14%	12,86%	39,13%
	7	30-sep-22	7,14%	40,00%			0,00%
	8	31-oct-22	7,14%	47,14%			0,00%
	9	30-nov-22	7,14%	54,29%			0,00%
	10	31-dic-22	7,14%	61,43%			0,00%
	11	31-ene-23	7,14%	68,57%			0,00%
	12	28-feb-23	7,14%	75,71%			0,00%
	13	31-mar-23	7,14%	82,86%			0,00%
	14	30-abr-23	7,14%	90,00%			0,00%
LIQUIDACIÓN		02-jun-23	10,00%	100,00%			0,00%
TOTALES			**100,00%**		**2,14%**	**12,86%**	**39,13%**

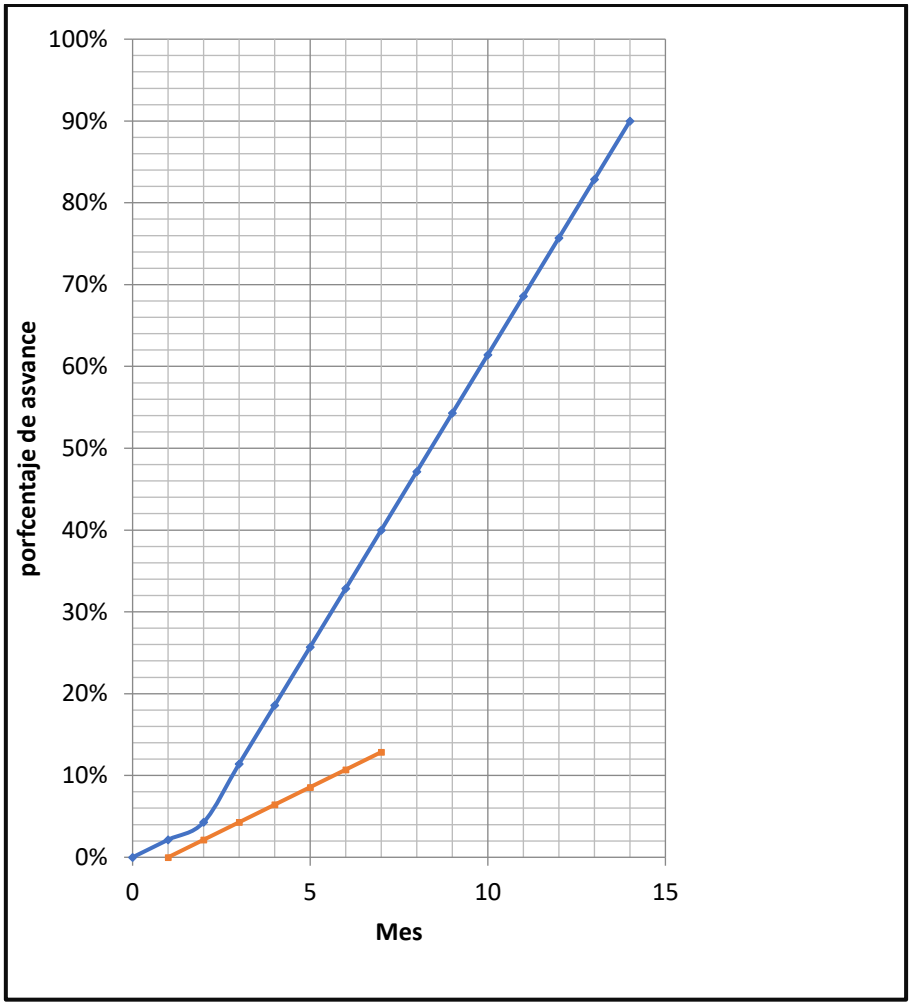


Figura 23 -. Curva S del proyecto

En el Anexo. 3F, se remite informes semanales.

En el Anexo. 3G, se remite estado del avance de interventoría

7.3.2 ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA INTERVENTORÍA

A continuación, se describen las actividades semanales realizadas por la interventoría:

- Mediante el comunicado 186-1-089 del 03 de agosto de 2022, Solicitud de prórroga orden de compra 91242 – Contrato 502 DEL 03 DE JUNIO DEL 2022.
- Mediante el comunicado 186-1-090 del 03 de agosto de 2022, Certificación Interventoría para liberación de pago de la factura No. 001 – 156759 a favor de PANAMERICANA LIBRERÍA Y PAPELERÍA S.A.
- Mediante el comunicado 186-1-091 del 08 de agosto de 2022, Observaciones NP 1 Construcción de Berma/Cuneta de 0,60m de ancho y espesor 0,15m, en Concreto reforzado de 3000 psi; no incluye acero de refuerzo, incluye corte de dilatación cada 2,00m.

- Mediante el comunicado 186-1-092 del 19 de agosto de 2022, Apremio por no conformidades en materiales y obras ejecutadas, e incumplimiento de obligaciones contractuales.
- Mediante el comunicado 186-1-093 del 19 de agosto de 2022, Certificación Interventoría para liberación de pago de los montos relacionados en el acta parcial 5 presentadas por la sociedad SOLUCIONES GEOESPACIALES S.A.S.-SOLGEO S.A.S.
- Mediante el comunicado 186-1-094 del 19 de agosto de 2022, Observaciones HV profesional PGP Ing. Camilo Laverde Majarrés.
- Mediante el comunicado 186-1-095 del 21 de agosto de 2022, Radicación de acta parcial y facturación mes de mayo de 2022.
- Mediante el comunicado 186-1-096 del 21 de agosto de 2022, Radicación de acta parcial y facturación mes de junio de 2022.
- Mediante el comunicado 186-1-097 del 19 de agosto de 2022 Solicitud de retiro inmediato y definitivo de personal de obra vinculado al Consorcio Estabilización Vial.
- Mediante el comunicado 186-1-098 del 26 de agosto de 2022, Solicitud de documentación e información del contrato 520 del 01/07/2022.
- Mediante el comunicado 186-1-101 del 26 de agosto de 2022, Solicitud de documentación para facturación y pago de la orden de compra No. 91223 – Contrato 503 del 03 de junio de 2022, según Cláusula 10 Facturación y Pago Acuerdo Marco de Precios No. “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130540”.
- Mediante el comunicado 186-1-102 del 26 de agosto de 2022, Solicitud de documentación para facturación y pago de la orden de compra No. 91222 – Contrato 500 del 03 de junio de 2022, según Cláusula 10 Facturación y Pago Acuerdo Marco de Precios No. “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130529”.
- Mediante el comunicado 186-1-103 del 26 de agosto de 2022, Solicitud de documentación para facturación y pago de la orden de compra No. 91241 – Contrato 501 del 03 de junio de 2022, según Cláusula 10 Facturación y Pago Acuerdo Marco de Precios No. “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130533”
- Mediante el comunicado 186-1-104 del 26 de agosto de 2022, Solicitud de documentación para facturación y pago de la orden de compra No. 91237 – Contrato 504 del 03 de junio de 2022, según Cláusula 10 Facturación y Pago Acuerdo Marco de Precios No. “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130537”
- Mediante el comunicado 186-1-105 del 27 de agosto de 2022, Respuesta a comunicaciones CEV -22-082,077 y 066.

7.3.3 CONTROL DE CORRESPONDENCIA

Para el manejo y control de correspondencia acorde con el sistema de gestión de calidad, se han establecido consecutivos para los oficios que se emiten y reciben en la oficina.

Enviada

- Oficina Proyecto con el 186-1-0

EN EL ANEXO 17H – RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA Y RECIBIDA, se muestra la correspondencia generada en el desarrollo de las actividades del proyecto; tanto la enviada como la recibida a la fecha de corte de este informe.

7.3.4 REGISTRO FOTOGRÁFICO

En el anexo No. 3I. se adjunta el registro fotográfico de las actividades realizadas de los contratos de obras hidráulicas

7.3.5 ESPECIALISTA INTERVENTORÍA

Especialista en Tráfico y Especialista en Diseño Geométrico, Walter Alfonso Pautt Torres en agosto genera las siguientes observaciones:

TABLA 37 - OBSERVACIONES GEOMÉTRICO TUNALES

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
05/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	recibida	Se recibe información con ajustes de alineamientos horizontales seg_1,2 se procede a realizar la respectiva revisión	
08/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	respuesta	Envío de observaciones	No se logra identificar ajustes al alineamiento horizontal en ningún tramo
					Se evidencia que el archivo contiene alineamientos en la misma posición como se encuentran en el diseño inicial entregado por la UMV
					Se identifican líneas amarillas señaladas con etiqueta como alineamiento sugerido, estas a su vez no cumple con características de un alineamiento
					Se sugiere realizar los desplazamientos o ajustes en los lugares que se requieran y remitir la información completa para su respectiva revisión en plano, y solo si llega ser necesario el desplazamiento al tramo y realizar verificación por replanteo de alguna anomalía si es el caso de acuerdo al compromiso adquirido el día 04/08/2022
08/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	recibida	Se recibe información con ajustes alineamientos horizontales seg_1,2 se procede a realizar la respectiva revisión	
08/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	respuesta	Envío de observaciones	Revisada la información no se encuentran ajustes realizados al diseño original o inicial presentado por la UMV, se identifica una serie de puntos levantados en campo y unidos por una polilínea en los dos costados, lo cual no presenta las características de un alineamiento. Se solicita realizar los desplazamientos y ajustes que se requieran y presentar la información de forma adecuada en donde se pueda observar la

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
					progresiva y demás características propias de un alineamiento y de esa forma proceder a realizar la revisión respectiva
09/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	recibida	Se recibe información con ajustes alineamientos horizontales seg_1,2 se procede a realizar la respectiva revisión	
10/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	respuesta	Envío de observaciones	Por medio de la presente me permito informar que al archivo entregado contiene la información de forma cómo fue solicitada, en el cual se pueden identificar cada ajuste en alineamiento horizontal realizado entre los segmentos 1 y 2. Sin embargo, debo agregar que en el segmento 1 desde la abscisa K2+100 - K2+160 el ajuste plasmado en el plano contrasta con el ajuste realizado en campo de acuerdo con el recorrido realizado junto con el topógrafo de campo el día 09-08-2022 y donde expuso estos ajustes. Se solicita revisar, ajustar y remitir la información actualizada. Adjunto pantallazo del sector en mención
16/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	recibida	Se recibe información con ajustes alineamientos horizontales seg_1,2 se procede a realizar la respectiva revisión	
17/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	respuesta	Envío de observaciones	Una vez realizada la revisión en plano de modificaciones se identifica que esta nueva versión propuesta se asemeja en algún tramo al diseño original o inicial entregado por la UMV lo cual genera cierta duda ya que el ejercicio de modificar el alineamiento inicial es para adaptarse a la vía actual, también se realiza revisión en campo, para lo cual se extrajo información del archivo entregado como lo fue coordenadas de eje vía, eje de filtro, al momento de realizar el replanteo en el segmento donde se está interviniendo con excavaciones de filtro se evidencia un desfase considerable, de esta forma se puede deducir que la información entregada no es la correcta ya que no coincide con lo que se ejecuta en campo se solicita revisar y remitir la información real Nota: cabe mencionar que las revisiones en campo como lo son niveles de fondo de excavaciones, ancho y alineamiento de excavaciones (actividades de filtro) dependen de la entrega correcta de modificaciones realizadas.
19/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	recibida	Se recibe información con ajustes alineamientos horizontales seg_1,2 se procede a realizar la respectiva revisión	

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
19/08/2022	AJUSTES ALINEAMIENTO	Consorcio estabilización vial	respuesta	Envío de respuesta, en concepto favorable del ajuste	Realizada la revisión el concepto hacia el ajuste realizado en el segmento 1 es favorable, dado a que se atendieron los requerimientos al momento de manipular el alineamiento, realizando los ajustes teniendo en cuenta las propiedades del mismo, ahora bien, se entiende que en las abscisas donde se tiene intervención de excavación de filtro podrían presentarse algunos desfases y que deben ajustarse dado que esa excavación se procedió a realizar sin tener un ajuste definido y en conformidad de la interventoría. quedo a la espera de solicitud para realizar el traslado a campo para efectuar la revisión de excavación y pendientes

TABLA 38- OBSERVACIONES GEOMÉTRICO ANIMAS BAJAS

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
03/08/2022	PRODUCTO TOPOGRAFÍA	GEOESPACIALES	RESPUESTA	Envío de respuesta, concepto favorable del producto recibido	-

TABLA 39 - OBSERVACIONES GEOMÉTRICO LAGUNA VERDE

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
02/08/2022	PRODUCTO TOPOGRAFÍA	GEOESPACIALES	RESPUESTA	ENVÍO DE OBSERVACIONES	Incluir archivos Rinex de los GNSS-15, GNSS-16, GNSS-17, GNSS-18
					El levantamiento de detalles de alcantarillas debe ser completo, ya que se identificaron 2 alcantarillas con detalles faltantes por levantar que corresponden a bateas y/o claves de encole y descole
					De acuerdo al informe general se describe que el proceso de nivelación inicia en el punto geodésico GNSS-05, seguidamente se muestra una imagen (figura 84) donde se puede observar la localización del punto geodésico GNSS-15. Al proceder a realizar la revisión del archivo en Excel de la nivelación se evidencia que el punto de donde se realiza el inicio es el GNSS-18, además se identifica que la cota de inicio no coincide con la

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
					cota ortométrica calculada durante el postproceso, dentro del mismo informe se argumenta la razón por la cual se procede a realizar la nivelación geométrica a partir de la cota ortométrica de los puntos GNSS. Por lo anterior se sugiere realizar los ajustes necesarios tanto en la nivelación y en el modelo digital de terreno.
					El procedimiento planimétrico (poligonal punto a punto) descrito en el informe no coincide con el procedimiento presentando en el archivo de Excel poligonal punto a punto.
03/08/2022	PRODUCTO TOPOGRAFÍA	GEOESPACIALES	RECIBIDA	Se recibe información para subsanar observaciones anteriormente expuestas, se procede a realizar la revisión respectiva	
05/08/2022	PRODUCTO TOPOGRAFÍA	GEOESPACIALES	RESPUESTA	ENVÍO DE OBSERVACIONES	Revisada la información se logra identificar que aún no se atiende por completo la observación correspondiente con el ajuste en el informe sobre la descripción del proceso altimétrico y planimétrico, ya que el proceso que se describe dentro del informe contrasta con el proceso realmente ejecutado y plasmado en los archivos Excel nivelación y poligonal punto a punto. Además de ello no se evidencia la subsanación al requerimiento sobre levantamiento de detalles faltantes a dos alcantarillas

FECHA	INFORMACIÓN	CONTRATISTA	TIPO	COMENTARIOS	OBSERVACIONES
08/08/2022	PRODUCTO TOPOGRAFÍA	GEOESPACIALES	RECIBIDA	Se recibe información para subsanar observaciones anteriormente expuestas, se procede a realizar la revisión respectiva	
08/08/2022	PRODUCTO TOPOGRAFÍA	GEOESPACIALES	RESPUESTA		Envío de respuesta, en concepto favorable del producto recibido

7.3.6 COMENTARIOS DE LA INTERVENTORÍA

Para el presente periodo, la interventoría realizó el seguimiento y control de los contratos que se relacionan en el informe, así mismo se realiza a través de la correspondencia el control y seguimiento a las observaciones presentadas por los contratistas de obra.

La interventoría permanentemente le solicita al consorcio gaviones 95 y consorcio estabilización vial, ejecutar las actividades de acuerdo al anexo técnico del proyecto y a las especificaciones INVIAS que le aplica a ambos contratos.

Desde la firma del acta de inicio se ha realizado por parte de la interventoría la verificación de los estudios y diseños que le fueron entregados a los contratistas de obra, revisión y pronunciamiento frente a los documentos de apropiación parcial presentados por los consorcios gaviones 95 y estabilización vial en cumplimiento a la obligación de validar, revisar y apropiarse de los estudios y diseños y cantidades de obra entregados por el fondo de desarrollo local FDL de Sumapaz, teniendo en cuenta el contrato No 150-2018 de 2018, que incluye entre otros: topografía, estructuras, estudios hidrológicos, estudio geológico, diseño geométrico, estudio de tránsito y pavimento, esta primera etapa se realiza con el fin de ajustar y complementar todos los diseños, acorde a la normatividad vigente y garantizar el debido proceso de construcción.

El presente documento corresponde a la versión final del informe mensual No. 06, en este se subsanan las observaciones realizadas el pasado 25/11/2022 por la supervisión del FDRS para la totalidad de los informes mensuales remitidos por la interventoría.

7.3.7 CONCLUSIONES

El contrato 413 del 25/01/2022 finalizó el día 23 de mayo del 2022, se realizó la entrega total de los elementos contratados mediante la adquisición con objeto “ADQUISICIÓN DE SEÑALIZACIÓN (INFORMATIVA Y DE EMERGENCIAS), PARA LOS FRENTES DE OBRA EN VÍAS DE SUMAPAZ DEL PROYECTO, "MEJORAMIENTO VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ" DEL SISTEMA GENERAL DE REGALIAS - SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020”. a la persona encargada del almacén de la UAERMV en la sede la Elvira, estos elementos quedaron en custodia de la Entidad para disponer de ellos durante la

ejecución de las obras a cargo de la UAERMV, se resalta que estos deben ser consumidos con base en las necesidades reales del proyecto y para ello es necesario la presentación semanal de un cronograma a la interventoría.

El consorcio gaviones 95 realiza la socialización del proyecto el día 04 de agosto de 2022 en la vereda Santa Ana (salón comunal), a través de su profesional social se informa a la comunidad las generalidades del proyecto y las actividades que contempla el alcance del contrato 478 para el tramo capitolio.

La interventoría se encuentra a la espera del cronograma de obra y flujo de inversión del consorcio gaviones 95, motivo por el cual no se puede reportar porcentaje programado y porcentaje ejecutado.

El día 08 de agosto del 2022 se firmó el acta de inicio de la etapa 2 construcción del contrato 478 del 10/02/2022, el consorcio gaviones 95 dará inicio a las actividades de construcción debidamente apropiadas y consignadas en el cronograma de ejecución de obra.

La interventoría genera observaciones a las órdenes de anticipo generadas por el consorcio estabilización vial a través de comunicación CEV -22-082,077 y 066 y da respuesta mediante comunicado 186-1-105.

Mediante comunicado 186-1-097, la interventoría realiza solicitud de retiro inmediato y definitivo de personal de obra vinculado al Consorcio Estabilización Vial (residente de obra y profesional social).

El contratista consorcio estabilización vial dispone de la maquinaria como: minicargador, miniexcavadora, excavadora y volqueta, para la realización de las actividades de excavación, instalación de filtro y lleno con material de recebo.
El consorcio estabilización vial para el presente informe tiene un avance físico programado del 0,65% vs un avance físico ejecutado del 1%.

La interventoría viene realizando el control y seguimiento a todas las actividades que desarrollan los contratistas consorcio estabilización vial y gaviones 95.

Desde la firma del acta de inicio 03/03/2022, Las comisiones de topografía dispuestas en campo por el contratista SOLUCIONES GEOESPACIALES S.A.S (contratado por la UAERMV), realizan el levantamiento y post proceso para la obtención de la nueva topografía, insumo necesario para que la UAERMV realice el diseño geométrico de todas las vías a intervenir y posterior localización y replanteo de todas las obras a construir.

Durante el presente periodo SOLUCIONES GEOESPACIALES S.A.S realizó las actividades de poligonal, levantamiento de topografía de detalle y MDT del tramo laguna verde, a fecha del presente informe se han liberado pagos hasta el acta parcial No 5, lo anterior previa revisión de los productos, que consistió básicamente en comprobar la información del levantamiento, debidamente organizada y con los datos o información requerida (carteras de campo, datos crudos, Rinex, coordenadas, descripciones, esquemas, formatos, hojas de campo, imágenes y la revisión de parámetros a partir de la estructura digital y

teniendo en cuenta la información entregada, error angular, error en distancia, error permitido, precisión etc..) ejecutada en oficina por las comisiones de topografía de la interventoría a los productos parciales y finales entregados por parte de SOLGEO S.A.S.

La interventoría en cumplimiento de sus obligaciones contractuales solicitó e hizo la revisión de las hojas de vida y los soportes del personal propuesto por los contratistas de obra, se presentaron observaciones y se expidió el concepto favorable de aquellas que cumplen lo exigido en los pliegos.

Se realizó la entrega y terminación del contrato 500 del 03/06/2022 que tiene como objeto ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PARA EL PROYECTO “MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTÁ” DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS – SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020, ACUERDO MARCO No “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130529”.

Se realizó la entrega y terminación del contrato 501 del 03/06/2022 que tiene como objeto ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PARA EL PROYECTO “MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTA” DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS – SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020, ACUERDO MARCO No “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130533”

Se realizó la entrega y terminación del contrato 502 del 03/06/2022 que tiene como objeto ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PARA EL PROYECTO “MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTA” DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS – SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020, ACUERDO MARCO NO “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130536”

Se realizó la entrega y terminación del contrato 503 del 03/06/2022 que tiene como objeto ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PARA EL PROYECTO “MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTA” DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS – SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020, ACUERDO MARCO No “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130540”

Se realizó la entrega y terminación del contrato 504 del 03/06/2022 que tiene como objeto ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PARA EL PROYECTO “MEJORAMIENTO DE VÍAS TERCIARIAS EN BOGOTA” DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS – SGR IDENTIFICADO CON CÓDIGO BPIN 2018000050020, ACUERDO MARCO NO “CCE-197-AMP-2021 EVENTO 130537”

La interventoría en este periodo adelantó la revisión de la documentación publicada por la UAERMV en los portales de CCE (Colombia compra eficiente) para la adquisición 90252 contrato 493 20/05/2022.

La interventoría da respuesta a todas las solicitudes y requerimientos que se han generado durante el mes de agosto de 2022, lo anterior en cumplimiento de sus obligaciones contractuales y correcto desarrollo de los contratos.

7.3.8 RECOMENDACIONES

La interventoría recomienda a los contratistas consorcio gaviones 95 y consorcio estabilización vial, atender y dar cumplimiento a cada una de sus obligaciones contractuales, en especial aquellas de carácter técnico que garantizan el cumplimiento de las especificaciones que le aplican a los contratos de obra pública 478 y 479 y la calidad de las obras ejecutadas.

Se recomienda a la empresa Soluciones Geoespaciales SAS y a la UAERMV, agilizar la entrega de la nueva topografía y diseños geométricos resultantes, para entrega a los contratistas de obra, lo anterior con el fin de garantizar la correcta localización y replanteo (planimetría y altimetría) de las estructuras hidráulicas, drenaje y subdrenaje a ser construidas en cada uno de los tramos a intervenir en las cuencas Sumapaz y río Blanco.

Se recomienda a los contratistas consorcio estabilización vial y gaviones 95 dar cumplimiento con los rendimientos y avances en las actividades de instalación de filtro y construcción de alcantarillas teniendo presente los tiempos de ejecución de cada contrato.