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

Nombre del trabajador: Jenny Julio **Fecha** DD 08 MM 05 AAAA 22

Cargo: auxiliar **Área:** operativo

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

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

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

Firma del Trabajador: _____

C.C: _____

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Jenny Julio Bueno

Firma: Jenny Julio

C.C: 1061 444474

Powered by CamScanner

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

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

Yo Andres Pablo Zabala Quiceno identificado con cedula de ciudadanía No 1120382369 expedida en 21/08/2015 Granada meta, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

Nombre: Andres Danilo zabala Quiceno **Cédula:** 1120382369
Cargo: oficial de obra **Fecha:** 30/05/2023
Firma: Andres zabala

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: A
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT 901.[illegible]942-5

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

Nombre: Camilo Andres Castiblanco callejas **Cédula:** 1023969166
Cargo: Auxiliar de obra **Fecha:** 19-05-2023
Firma: Camilo Castiblanco

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

AIKA HUMANA EST S.A.S NIT: 900.801.842-5

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 18-05-2023

Yo Camilo Andres Castiblanco C. identificado con cedula de ciudadanía No 1023965966 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Camilo Castiblanco	Nombre: Camila Arias
Cargo: Auxiliar de obra	Cargo: Coord talento H
Firma: Camilo Castiblanco	Firma:

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

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

INDUCCIÓN ☑ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 13/06/2023

Yo David Armando Pérez Toro identificado con cedula de ciudadanía No 1067969715 expedida en Buenavista (Córdoba), declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: David Pérez	Nombre: Camila Arias
Cargo: oficial de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: David Pérez	Firma:

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

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

Nombre: David Perez **Cédula:** 1067969715
Cargo: Oficial de Obra **Fecha:** 13/06/2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT 900.301.942-5

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

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

Yo Fernando Vargas Hernández identificado con cedula de ciudadanía No 80137.985 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Fernando Vargas	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Oficial Electrico	Cargo: Coord. Gestion II
Firma:	Firma:

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

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

Nombre: Fernando Vargas H. **Cédula:** 80137.985.
Cargo: Ofical. Electrico **Fecha:**
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
NIT. 900.801.942-5

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

Nombre: Engy Tatiana Herrera Pena **Cédula:** 1.014.207.347
Cargo: Inspector SST **Fecha:** 10 05 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: A
Responsable Inducción:

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

INDUCCIÓN [X] **REINDUCCIÓN** [ ] **Fecha:** 10-05-2023

Yo Ing. Julieth Ximena Diaz identificado con cedula de ciudadanía No 1.179.212.317 expedida en Cumaral, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 26-05-23

Yo Jorge Luis Rodriguez identificado con cedula de ciudadanía No 73550649 expedida en Cartagena de Indias declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Jorge L.	Nombre: Camila Ariza
Cargo: oficial	Cargo: Coord Bienestar H
Firma:	Firma:

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

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

Nombre: Jorge Luis Rodriguez Cédula: 73550649
Cargo: oficial Fecha: 06-05-19
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: _____
Responsable Inducción: _____

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** Mayo 5/2023

Yo José Raul Hernandez identificado con cedula de ciudadanía No 79587116 expedida en Bogotá., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Raul Hernandez	Nombre: Camila Amaya
Cargo: Oficial obra.	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

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

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

Nombre: Raul Hernandez Cédula: 79542116
Cargo: Oficial obra Fecha: Mayo 5/23
Firma: Hernandez.

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

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

Nombre: Lolio Cesar Contreras **Cédula:** 1944738
Cargo: Aguadiente de obra **Fecha:** 08 05 23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción: AIKA HUMANA NIT. 900.601.942 5

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 08-05-23

Yo Contreras Garcia Julio Cesar identificado con cedula de ciudadanía No 1944738 expedida en _____, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 09-05-2023

Yo Leonardo Godoy Palencia identificado con cedula de ciudadanía No 1067596305 expedida en Fuserga sucursal Cundinamarca, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

Nombre: Leonardo Godoy Palencia **Cédula:** 1007596305
Cargo: Ayudante de obra **Fecha:** 04-05-2023
Firma: Leonardo G.

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

INDUCCIÓN [X] **REINDUCCIÓN** [ ] **Fecha:** _____

Yo Luisa Fernanda Noreña Molina identificado con cedula de ciudadanía No 1020781053 expedida en Bogotá D.C, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Luisa Fernanda Noreña	Nombre: Camila Anza
Cargo: Analista SST	Cargo: Coord talento H
Firma:	Firma:

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

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

Nombre: Jesus Fernando Alomia Molina **Cédula:** 1065636459
Cargo: Arquitecto SST **Fecha:** 16 Mayo 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
NIT. 900.801.942-5

ASISTENCIA A CAPACITACION

inducción SST.

x

x
x
x

x
x

San Isidro

09 06 2023 1h.

Pablo E. Cordillo | 5837347 | Oficial

fabian focaccia

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

Nombre del trabajador: Pablo E. Gordillo Fecha 09 06 2023

Cargo: oficial obra Área: San Isidro

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

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

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

Firma del Trabajador

C.C. 5831734

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Fabian Forero Pinzon.

Firma: Fabian Forero (1)

C.C. 1'022.958.693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Pablo Emilio Gordillo

Fecha: 09-06-2023 **Cargo:** opicial obra

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

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

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

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

Eff
HSEQ
SEGURIDAD VIAL.

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

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

Mencione dos representantes: Sergio N, Oscar G.

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

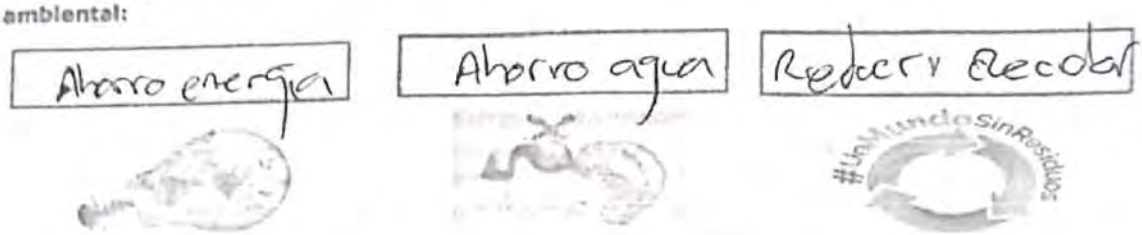
a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** frente
- **Punto de encuentro área Operativo:** frente
- **Mecanismo de alarma:** sirena

Powered by CamScanner

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



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



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

Firma del trabajador

cc. 5837347

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 001			
CÓDIGO: REG-GH-183			
DOCUMENTO CONTROLADO			
FECHA	09-06-2023	TIEMPO CONTRATO	12 meses
CARGO	Oficial		
NOMBRE TRABAJADOR	Pablo E. Cordillo		
CENTRO COSTO C.C. N°	5837347		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes uso de herramientas
	VIBRACION	X		Vibración de herramientas, soldadura
	RADIACIONES IONIZANTES	X		soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		ultravioleta del sol, luz visible.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Lugares.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento en toda la estadía
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, abierto.
	LIQUIDOS	X		Pintura
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, sustancias químicas
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos generadores
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas logísticas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Pistolas, oxígeno, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tenazas, cables, cortadores
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Ventiladores,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con alambres.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo repetitivo,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Residuos, basura, trabajo en altura.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, andenes.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, escaleras.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de capacitación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Fenómenos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

ANEXO SST-14. EXÁMENES MÉDICOS CONTRATISTA

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000202775

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS FECHA 19/07/2022 08:29:48

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

NOMBRE Y APELLIDO: LINA MARCELA OSPINA CASTAÑO C.C 1151957748

EDAD 26 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR COORDINADORA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

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

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ NUTRICION

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)/NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS FECHA 19/07/2022 08:29:48

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

NOMBRE Y APELLIDO: LINA MARCELA OSPINA CASTAÑO **C.C** 1151957748

EDAD 26 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** COORDINADORA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000202769

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS FECHA 19/07/2022 08:22:06

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

NOMBRE Y APELLIDO: CAMILO ANDRES LEON DELGADO **C.C** 1023887320

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** COORDINADOR



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ NUTRICION

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11334/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL



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

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

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

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

RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

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

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

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

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

SI (X) NO ( )

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

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

HUELLA IN
DERECH

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL :

FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.:

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

Régimen: REGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000415344

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS FECHA 08/05/2023 09:58:52

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

NOMBRE Y APELLIDO: JHONATAN ALEXIS DEVIA BONILLA **C.C** 1024579776

EDAD 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

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

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACION:

DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Jhonatan Devia

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dr. ARMANDO ARTEAGA MUÑOZ
Medicina General
U. N. de la Plata Argentina
R.M. 9201 Min. Salud

UNIDAD MEDICA GLOMAR
Carrera 21 No. 22 - 76 Sur
Tel.: 272 5755 - 272 8420 * Cel.: 320 448 8377
artemu_7@hotmail.com

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

A. DATOS PERSONALES:	FECHA: MAYO 12/2023		
NOMBRE: Darwin Hernandez Diaz	C.C.: 1105871129	EDAD: 32a	SEXO: M.
ESTADO CIVIL: U. Libre	DOMICILIO ACTUAL: TV 75H N° 75C 58 Sur	TEL.: 3143527197	
ESCOLARIDAD: Primaria	GRUPO SANGUÍNEO: A - Positivo		

B. ANTECEDENTES PERSONALES:

NO Refiere

C. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Implante Mano Dedo Pequeño Izquierda

D. ANTECEDENTES GINECO-OBSTRETICOS:

MENARQUÍA:	CICLOS MENSTRUALES:	FUR:

PARIDAD	G:	P:	C:

E. ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO Refiere

F. ANTECEDENTES LABORALES:

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO

FÍSICO		PSICO/SOCIAL	
QUÍMICO		MECÁNICO	
BIOLÓGICO		ERGONÓMICO	X

ACCIDENTES DE TRABAJO	SI		NO	X

G. EXÁMENES MÉDICOS DE LABORATORIO:

PARCIAL DE ORINA	
CUADRO HEMÁTICO	
SEROLOGÍA VDRL	
GRAVINDEX	
OTROS:	

H. EXÁMEN FÍSICO:

T.A. 120/80 F.C. 80 x' PESO: 84K TALLA: 1

AUDIOMETRÍA: OÍDO DERECHO Normal

OÍDO IZQUIERDO Normal

VISIÓN: VISIÓN LEJOS VISIÓN CERCA

OJO DER 20/20 20/20

OJO IZQ 20/20 20/20

PIEL	Normal
OJOS	Normal
NARIZ	Normal
OROFARINGE	Normal
SIST. MÚSCULO - ESQUELÉTICO	Normal
APT. RESPIRATORIO	Normal
APT. CARDIOVASCULAR	Normal
APT. DIGESTIVO	Normal
APT. URINARIO	Normal
APT. GENITAL	Normal
SIST. NERVIOSO CENTRAL	Normal
SIST. NERVIOSO CENTRAL	Normal

SENSIBILIDAD: FUERZA M. SUP: Normal FUERZA M. INF: Normal REFLEJOS: Normal

OBSERVACIONES: NO presenta signos de enfermedades Infecto contagiosas

APTO.		RESTRICCIONES	
SI	X	SI	
NO		NO	X

Normal Vacunación Completa

MEDICO
R.M. 9201

Darwin Hernandez
TRABAJADOR
C.C. 1105877729

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS SAS

NIT 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



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

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

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

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

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

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

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

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

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

Médico

Firma Reg. Med. 72173322 LIC.SST 3508 19/07/22
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Libardo Ricaurte Ramirez
CC N° 14320293

Huella

Powered by CamScanner

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
25/03/2023	☐Ingreso ☐Egreso ☒Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: LUIS GABRIEL		Apellidos: OSPINA HERNANDEZ	
Razón social: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS NIT: 900.334.403-3		Celular: 3108437758	
Dirección: CALLE 44 # 22A - 84	C.C: 79.994.066	G.S RH: AB+	
Genero: Masculino☒ Femenino ☐	Fecha de nacimiento: 29/09/1976	Edad en años: 46	EPS: SALUD TOTAL
		ARL: AXA COLPATRIA	AFP: PORVENIR

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo 1 AÑO
14/01/2022	OPERARIO	CONSTRUCCION	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. 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.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologías que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
- ☐Capacitación según matriz de riego y peligros
- ☒Higiene postural
- ☒higiene biomédica integral
- ☒Pausas activas laborales
- ☒Uso de los EPP
- ☐Cultura de autocuidado

Medicas
- ☐Valoración por optometría
- ☐Valoración por medicina general EPS
- ☐Valoración por ARL
- ☐Valoración por medicina laboral
- ☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
- ☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
- ☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☐SVE Cardiovascular
- ☐SVE en salud visual
- ☐Corrección óptica permanente
- ☐SVE en salud respiratoria
- ☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
- ☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☒Énfasis en estiramientos integrales
- ☒Nutrición balanceada
- ☐Cesación de tabaquismo
- ☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE CON EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO.**

Dr. Rafael A. Gómez C. Médico Cirujano Especialista En Salud Ocupacional L.O. 2607 DE 2018

X
Dr. Rafael Alberto Gomez Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X Luis Gabriel ospina H
Paciente
C.C 79994066

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1). Archivo este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador.
3). Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT 830 136 321-5
LIC 551 Res 14910 de 28-11-2013 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



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

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

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

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

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

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

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

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

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

Médico

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

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

Trabajador

Firma
Nombre: Edinson Eduardo Camacho Bustos
CC N° 1105791400

Huella

Powered by CamScanner

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
15/05/2023	☐ Ingreso ☐Egreso ☒Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: ERNESTO JAVIER			Apellidos: OSPINA HERNANDEZ	
Razón social: **ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS NIT: 900.334.403-3**			Celular: 3213380440	
Dirección: CARRERA 12 # 2C - 22 SUR		C.C: 80.138.312	G.S RH: B+	
Genero **Masculino**☒ **Femenino** ☐	Fecha de nacimiento 26/08/1980	Edad en años: 42	EPS: SALUD TOTAL	
			ARL: AXA COLPATRIA	AFP: PORVENIR

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo 1 AÑO
04/01/2022	SUPERVIS	CONSTRUCCION	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas tomas de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completos y son verídicas. 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.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologías que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐ Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐ Cultura de autocuidado

Medicas
☐ Valoración por optometría
☐ Valoración por medicina general EPS
☐ Valoración por ARL
☐ Valoración por medicina laboral
☐ Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐ para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐ SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐ SVE Cardiovascular
☐ SVE en salud visual
☐ Corrección óptica permanente
☐ SVE en salud respiratoria
☐ SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐ Cesación de tabaquismo
☐ reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE CON EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO.**

X Dr. Rafael A. Gómez Médico Cirujano R.M. 2052-97 Especialista En Salud Ocupacional L.S.O. 2607 DE 2018
Dr. Rafael Alberto Gomez Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X Laura Ospina Hernandez
Paciente
C.C. 80138.512 Bogotá

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1). Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por insumir para porte de armas.

+ LEGALIZACION CONFIDENCIALIDAD
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ LEGALIZACION ARL Y AFP
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	ANDERSON STEVEN PRIETO ZAMUDIO			IDENTIFICACIÓN	1.023.866.535
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	29 – OCTUBRE – 2004	18 AÑOS	M	A (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.N.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

anderson

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CAMILO ANDRES NAVARRETE BOLIVAR			IDENTIFICACIÓN	1.000.212.989
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	22 – FEBRERO – 2001	22 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE AVANZADO DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Reso. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA			IDENTIFICACIÓN	1.032.362.568
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
ACACIAS (META)	28 – ABRIL – 1986	37 AÑOS	M	O (POSITIVO)	ORNAMENTADOR

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19 150 760 Bta
Médico Cirujano U.N. 1986
Especialista en Salud Ocupacional
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Carlos Armando

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

+ ECOGRAFIAS ESPECEALIZADAS
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ ECOGRAFIAS 3D Y 4D
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CESAR ERNESTO ESCARRAGA			IDENTIFICACIÓN	18.222.071
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	01 – JUNIO – 1968	55 AÑOS	M	A (NEGATIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1686
Especialista en Salud Ocupacional
Resol. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO			IDENTIFICACIÓN	1.033.694.434
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	15 – AGOSTO – 2003	19 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Anas Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.
Resol 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Castillo Deiver

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 06 DE JUNIO 2023		EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	DIANA PATRICIA BARAJAS FARFAN			IDENTIFICACIÓN	1.024.480.567
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	18 – ABRIL – 1988	35 AÑOS	F	A (POSITIVO)	SUPERVISORA

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	12 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo [illegible]
C.C. 19.158.767 Sta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1985
[illegible] en Salud Ocupacional
Resol. 111 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Diana Barajas

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CAMILO ANDRES NAVARRETE BOLIVAR			IDENTIFICACIÓN	1.000.212.989
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	22 – FEBRERO – 2001	22 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE AVANZADO DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Reso. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA			IDENTIFICACIÓN	1.032.362.568
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
ACACIAS (META)	28 – ABRIL – 1986	37 AÑOS	M	O (POSITIVO)	ORNAMENTADOR

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19 150 760 Bta
Médico Cirujano U.N. 1986
Especialista en Salud Ocupacional
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Carlos Armando

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 09 DE JUNIO 2023			EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	JHON JAIRO PRIETO GALEANO			IDENTIFICACIÓN	79.746.731
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	07 – SEPTIEMBRE – 1976	46 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.J.B.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO			IDENTIFICACIÓN	1.033.694.434
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	15 – AGOSTO – 2003	19 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Anas Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.
Resol 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Castillo Deiver

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

* ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
* TOMA DE MUESTRA
* LABORATORIO CLINICO
* MEDICINA GENERAL
* ECOGRAFIAS 3D Y 4D
* SALUD OCUPACIONAL
* PRUEBA DE EMBARAZO
* CONTROL PRENATAL

IPS La Riviera

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	JAVIER ANTONIO GONZALEZ CESPEDES			IDENTIFICACIÓN	80.880.058
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	06 – NOVIEMBRE – 1985	37 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.I. 1995
Especialista en Salud Ocupacional U.J.
Resol. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 09 DE JUNIO 2023			EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	JHON JAIRO PRIETO GALEANO			IDENTIFICACIÓN	79.746.731
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	07 – SEPTIEMBRE – 1976	46 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.J.B.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

+ LEGALIZACION CONFIDENCIALIDAD
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ LEGALIZACION ARL Y AFP
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	ANDERSON STEVEN PRIETO ZAMUDIO			IDENTIFICACIÓN	1.023.866.535
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	29 – OCTUBRE – 2004	18 AÑOS	M	A (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.N.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

anderson

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 196885

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DIA	05 MES	2023 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	NIT
D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S	901653885-1

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALEXANDER VELASQUEZ CAGUA	MASCULINO	57 AÑOS	CC (Tipo)	1090411872 (Número)

Cargo: INSTALADOR

CONCEPTO: APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones: NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CCAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

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

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: 	Firma:  
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	Nombre: ALEXANDER VELASQUEZ CAGUA
R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST.	CC: 1090411872

Powered by CamScanner

MEDIC EXPERT

Siempre Pensando en tu Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR: 2023-05-25 **EXAMEN:** INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
NOMBRE DEL PACIENTE: GORDILLO LARIOS PABLO EMILIO
IDENTIFICACION: 5837347 **RH:** A+ **EDAD:** 56 **GENERO:** M
FECHA DE NACIMIENTO: 1966-10-20 **TELEFONO DE CONTACTO:**

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION: D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S **NIT:** 901653885
ESCOLARIDAD: BACHILLER **CARGO A DESEMPEÑAR:** OFICIAL DE OBRA

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:
Glicemia [X] Trigliceridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272 de 2021: SI [X] NO [ ] N/A [ ]
Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [ ] NO [ ] N/A [ ]
Apto para el cargo SI [X] NO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272 de 2021).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optometria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE
FIRMA Y SELLO	FIRMA: Pablo Emilio Gordillo
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	NOMBRE: GORDILLO LARIOS PABLO EMILIO
	DOCUMENTO: 5837347

Dra. Gloria L. Vega
Médico Especialista
en Seguridad y Salud en el Trabajo

Powered by CamScanner

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 196884

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DIA	05 MES	2023 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	NIT
D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S	901653885-1

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	
PABLO EMILIO GORDILLO LARIOS	MASCULINO	56 AÑOS	CC (Tipo)	5837347 (Número)

Cargo: OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO: APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones: NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CCAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

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

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: Pablo Emilio Gordillo
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	Nombre: PABLO EMILIO GORDILLO LARIOS
R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST.	CC: 5837347

Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000418073

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 23/05/2023 08:20:34

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

NOMBRE Y APELLIDO: CARLOS ANDRES BONILLA URREA **C.C** 1033704141

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNO

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

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Carlos Bonilla

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000417582

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 19/05/2023 09:04:58

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

NOMBRE Y APELLIDO: EDGAR ANTONIO URREA RODRIGUEZ **C.C** 19435826

EDAD 62 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES

EVITAR CARGAS HASTA 20 KG

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE /HIGIENE POSTURAL
INCLUIR EN SVE ERGONOMICO
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / CIRUGIA GENERAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000417603

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 19/05/2023 09:37:28

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

NOMBRE Y APELLIDO: FREDDY JULIO BERRIO **C.C** 1101444474

EDAD 35 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

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

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000417584

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 19/05/2023 09:07:11

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

NOMBRE Y APELLIDO: JOHN CARLOS PEREZ CARDONA **C.C** 1052948592

EDAD 37 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

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

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000420140

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 02/06/2023 11:02:06

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

NOMBRE Y APELLIDO: KEVIN ALBERTO HERNANDEZ PINZON **C.C** 1030675678

EDAD 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

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

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Kevin Hernandez

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11294 C.C. 79.657.576

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000420131

Régimen : RÉGIMEN

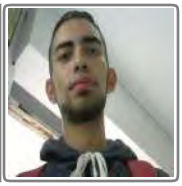
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 02/06/2023 10:54:34

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

NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR OSWALDO PERDOMO NOGUERA **C.C** 1193214354

EDAD 21 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

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

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res.11294 C.C. 79.657.576

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000420437

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 05/06/2023 07:22:41

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

NOMBRE Y APELLIDO: JUAN RAFAEL CELIS FETECUA **C.C** 19444925

EDAD 61 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000421492

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS FECHA 09/06/2023 14:18:06

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

NOMBRE Y APELLIDO: YONATAN YESID MOTTA PEÑUELA **C.C** 1019099541

EDAD 28 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** RESIDENTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
NO REALIZAR TAREAS DE ALTO RIESGO
CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ CONTROLES ORTOPEDIA Y PROCESO QUIRURGICO POR LA EPS- USO EPP- PAUSAS ACTIVAS - USO DE PLANTILLAS ORTOPEDICAS
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT: 830.062.334 – 1

FECHA	BOGOTA, 05 DE NOVIEMBRE 2022		EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M.2 S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ			IDENTIFICACIÓN	PPT 6441647
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
CARACAS / VENEZUELA	08-DICIEMBRE - 1.979	42 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

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

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

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.750 Sta.
Médico Cirujano U/N R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Carlos Peña

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 /
SEDE 1: NIT: 9009769204 SEDE 2: NIT: 18590065-3.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRES.
X		

BOGOTÁ DC. 31 DE MAYO DEL 2023. CONVENIO: C.A.S CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS NIT:901468952-4

TRABAJADOR: ORLANDO SANCHEZ MENDEZ/ IDENTIFICACIÓN:79.670.442 / EDAD:48 AÑOS / SEXO: M

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

SEDE 1/ ORDEN:1367/005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL				HEMOCLASIFICACION	A+
2. CUADRO HEMATICO				NORMAL				PSICOTEST DE ALTURA	NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20				PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL				OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. P. LIPIDICO COLEST- T Y F / TRIGL.				NORMAL				ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6. V/F	F/C	69 L/M	PESO	78 Kg	ESTATURA	1.70 CM	T/A	120/80 mmHg	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo 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 se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 79670442	HUELLA INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 21 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 69 x min. TA: 120/80 mmHg.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración, no visceromegalia.

(SOMA): SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias.
Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert - Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: Paciente sano.
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	SI (X)	NO ( )
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI (X)	NO ( )

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 7967044	HUELLA INDICE DERECHO

MEDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP 88099

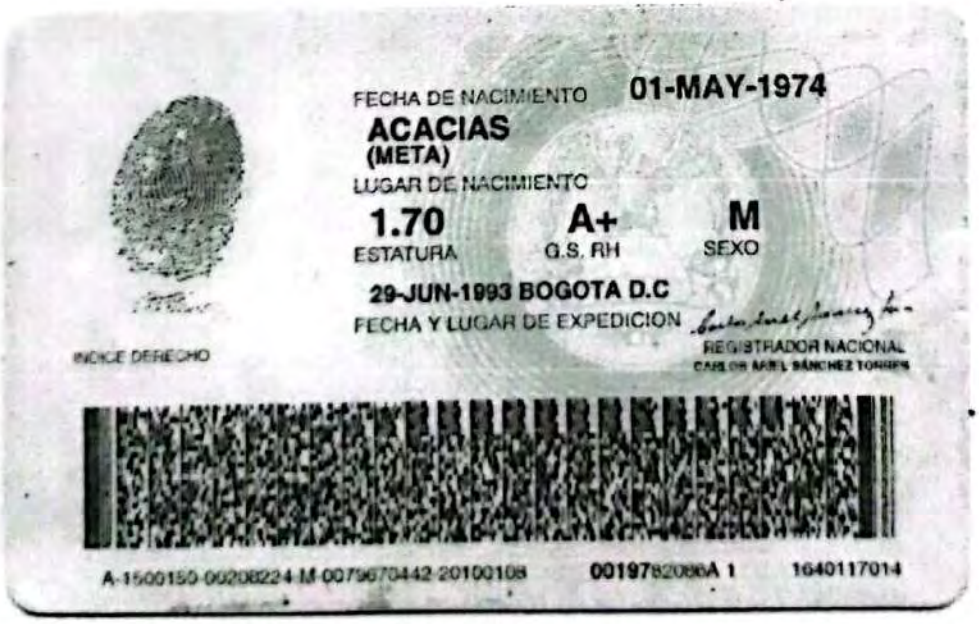
Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.670.442
SANCHEZ MENDEZ
APELLIDOS
ORLANDO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1974
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
29-JUN-1993 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00208224-M-0079670442-20100108 0019782086A 1 1640117014

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 /
SEDE 1: NIT: 9009769204 SEDE 2: NIT: 18590065-3.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO [X] OCUPACIONAL PERIÓDICO [ ] POST OCUPACIONAL O EGRES. [ ]

BOGOTÁ DC. 31 DE MAYO DEL 2023. CONVENIO: C.A.S CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS NIT:901468952-4

TRABAJADOR: CARLOS ANDRES SANCHEZ MENDEZ/ IDENTIFICACIÓN: 80.130.906 /EDAD:41 AÑOS/ SEXO: M

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

SEDE 1/ ORDEN:1365/005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL				HEMOCLASIFICACION	A+
2. CUADRO HEMATICO				NORMAL				PSICOTEST DE ALTURA	NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20				PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL				OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. P. LIPIDICO COLEST-T Y F / TRIGL.				NORMAL				ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6. V/F	F/C	76 L/M	PESO	82 Kg	ESTATURA	1.74 CM	T/A	120/80 mmHg	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo 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 se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099 Dr. José E. Olivera M. MEDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 80130906	HUELLA INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:
Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 20 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 81 x min. TA: 120/80 mmHg.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración, no visceromegalia.

(SOMA): SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias.
Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert - Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: Paciente sano.
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	SI (X)	NO ( )
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI (X)	NO ( )

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 80130906	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M
MÉDICO GENERAL
Y OCUPACIONAL
RMP.88099

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.130.906**

SANCHEZ MENDEZ

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

Carlos Sanchez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-AGO-1981**

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-OCT-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01164050-M-0080130906-20200924 **0071**848935A 1 9913147666

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 224264788

WEB
18:10:54

Bogotá DC, 31 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ANDRES SANCHEZ MENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80130906:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 224264788

WEB
18:10:54

Bogotá DC, 31 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ANDRES SANCHEZ MENDEZ Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80130906:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 31 de mayo de 2023, a las 18:08:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80130906
Código de Verificación	80130906230531180811

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 /
SEDE 1: NIT: 9009769204 SEDE 2: NIT: 18590065-3.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO [X] OCUPACIONAL PERIÓDICO [ ] POST OCUPACIONAL O EGRES. [ ]

BOGOTÀ DC. 31 DE MAYO DEL 2023. CONVENIO: C.A.S CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS NIT:901468952-4
TRABAJADOR: GERMAN GUARIN PEÑA/ IDENTIFICACIÓN:19.491.434 / EDAD:60 AÑOS / SEXO: M
EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*
SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL
SEDE 1/ ORDEN:1370/005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL			HEMOCLASIFICACION	A+
2. CUADRO HEMATICO				NORMAL			PSICOTEST DE ALTURA	———
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20			PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. P. LIPIDICO COLEST- T Y F / TRIGL.				NORMAL			ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6. V/F	F/C	79 L/M	PESO	65 Kg	ESTATURA	1.58 CM	T/A	110/80 mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 850 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo 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 se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA CM MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 19491434	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M. MEDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 19 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 79 x min. TA: 110/80 mmHg.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración, no visceromegalia.

(SOMA): **SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias.**
Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20.
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert - Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: **Paciente sano.**
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	**SI (X)**	**NO ( )**
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	**SI (X)**	**NO ( )**

Dr. JOSE E OLIVERA MESA **MEDICO OCUPACIONAL** **RM: 88099**	**FIRMA DEL TRABAJADOR** **CC: 19491434**	**HUELLA INDICE DERECHO**

Dr. José E. Olivera M
MÉDICO GENERAL
Y OCUPACIONAL
RMP:88099



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 19.491.434

GUARIN PEÑA

APELLIDOS

GERMAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1962

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

20-DIC-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-01227112-M-0019491404-20210413 0074004225A 1 9915290986

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 31 de mayo de 2023, a las 18:16:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	19491434
Código de Verificación	19491434230531181640

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 224265122

WEB
18:15:35

Bogotá DC, 31 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GERMAN GUARIN PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19491434:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 /
SEDE 1: NIT: 9009769204 SEDE 2: NIT: 18590065-3.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO [X] OCUPACIONAL PERIÓDICO [ ] POST OCUPACIONAL O EGRES. [ ]

BOGOTÁ DC. 31 DE MAYO DEL 2023. CONVENIO: C.A.S CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS NIT:901468952-4

TRABAJADOR: JULIO CESAR RAMIREZ CANO/ IDENTIFICACIÓN:3.065.169 / EDAD:49 AÑOS / SEXO: M

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

SEDE 1/ ORDEN:1368/005505 SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL			HEMOCLASIFICACION	A+
2. CUADRO HEMATICO				NORMAL			PSICOTEST DE ALTURA	NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20			PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. P. LIPIDICO COLEST- T Y F / TRIGL.				NORMAL			ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6. V/F	F/C	82 L/M	PESO	60 Kg	ESTATURA	1.71 CM	T/A	120/80 mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo 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 se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Julio C Ramirez C

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR cc: 3665169	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. Jose E. Olivera M
MÉDICO GENERAL
Y OCUPACIONAL
RMP.88099

Powered by CamScanner

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 20 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 82 x min. TA: 120/80 mmHg.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración, no visceromegalia.

(SOMA): **SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias.**
Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20.
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert – Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: **Paciente sano.**
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	**SI (X)**	**NO ( )**
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	**SI (X)**	**NO ( )**

Julio C Ramirez C

Dr. JOSE E OLIVERA MESA **MEDICO OCUPACIONAL** **RM: 88099**	**FIRMA DEL TRABAJADOR** **CC:** 7065169	**HUELLA INDICE DERECHO**

Dr. José E. Olivera M
MÉDICO GENERAL
Y OCUPACIONAL
RMP.88099



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.065.169**

RAMIREZ CANO

APELLIDOS

JULIO CESAR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-1973**

CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

30-NOV-1992 JUNIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007604-M-0003065169-20080508 0000273240A 1 1240013766

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 224266319

WEB
18:31:51

Bogotá DC, 31 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JULIO CESAR RAMIREZ CANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 3065169:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 31 de mayo de 2023, a las 18:33:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	3065169
Código de Verificación	30651692305311833321

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Powered by CamScanner

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.521

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

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

PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CASTRO NIETO LEIDY ESMERALDA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	36 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC	1012328912
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSPECTOR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ANEXO NEUROLOGICO
APTO	ANEXO OSTEOMUSCULAR
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:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS)	✓
AUDIOMETRÍA	✓	SEROLOGIA II	✓
OPTOMETRÍA	✓	ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: 

Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

R. M.: 53164665 **L.S.O.:** 15078

Código de Seguridad
R860X1D7521

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CASTRO NIETO LEIDY ESMERALDA

CC: 1012328912

H.S.E.Q. Unidad Medica

Labor Vital

Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 20/Ago/2022, **Hora:** 07:53:15 a.m.
Apellido: Rodriguez Aguilar **Nombre:** Pedro Yecid
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1020794536
Empresa: Hidraulicas A&a Sas
Cargo: Oficial
Lugar:
Direccion: carrera 18 a # 67-07sur
Telefono: **Celular:** 311 546 0348 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 79 Kg **Estatura:** 155 Cm **IMC:** 30.6 **Escolaridad:** Primaria **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Sura **ARL:** Positiva **AFP:** Colfondos

HC: # 35375
Edad: 28 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 07Jul/1994
Rh: O+

Examenes Realizados

- [ ] Audiometria Clinica
- [ ] Audiometria Tamiz
- [ ] Coprologico
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Optometria
- [ ] Perfil Lipidico
- [ ] Vestibular
- [ ] Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional, M = Control Con Su Eps

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales

Concepto

Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocision del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. César M. Carrillo M.
Médico Cirujano UIS
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 9481 -Res 11189 S.O.S
CC 13.831.650

Cesar Carrillo
Medico 2 Ocupacional
Lic. de S.O #: 11189

Pedro Yecid Rodriguez

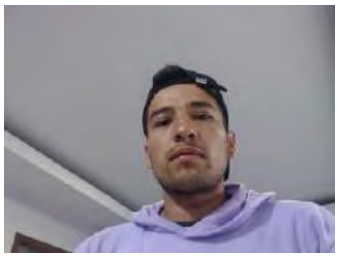
Pedro Yecid Rodriguez Aguilar
CC 1020794536

Huella Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 12/Ene/2023, **Hora:** 06:53:22 a.m.
HC: # 45359
Apellido: Sanchez Aguilar **Nombre:** Jose Reyes
Edad: 29 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1051954914
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Hidraulicas A&a Sas
Nacim: 26/Oct/1993
Cargo: Oficial De Construccion
Rh: O+
Direccion: Cra 142 Nro 137 38
Telefono: **Celular:** 3138811921 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 72 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 24.3 **Escolaridad:** Primaria **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Famisanar **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** .:: Sin Definir ::.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☐ Audiometria Tamiz	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☐ Glicemia	☐ Optometria
☐ Perfil Lipidico	☐ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Límites Normales

Concepto

Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 • R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico 2 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Jose Reyes

Jose Reyes Sanchez Aguilar
CC 1051954914

Huella Digital

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Duglas de Jesus Canchila Herrera	CC.: 1063280270
Edad: 36 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 87 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.- 73.4[illegible]

DUGLAS CANCHILA
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

N° 23/1444
NIT. 830.592.359-3

DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: 06/06/2023
Pre-ocupacional o Ingreso [X] Pos-ocupacional Egreso [ ] Periodico [ ]
Nombre: CARLOS HUMBERTO BARAJAS ROJAS Identificació 79.544.681 Edad: 52 Años
Peso 72 Kg Genero M
Empresa: CARLOS GUTIERREZ Cargo:AUXILIAR DE ELECTRICIDAD
EPS: COMPENSAR



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

* OPTOMETRIA	[X]	* GLICEMIA	[X]	* RADIOGRAFIA	[ ]
* AUDIOMETRIA	[X]	* COLESTEROL	[X]	* ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
* ESPIROMETRIA	[X]	* TRIGLICERIDOS	[X]	* OTRO:	
* PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
* EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	[X]	* OSTEOMUSCULAR	NORMA [X]		
* NECROLÓGICO	NORMA [ ]	PSICOSENSOMETRICO:	NORMA [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

* APTO PARA EL CARGO	[X]	* APTO PARA ALTURAS	[X]	* APTO CON RESTICCIONES	[ ]
* NO APTO	[ ]				

* OBSERVACIONES

EXAMEN PERIDICO

* PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR	SI [ ] NO [ ]	* REUBICACION LABORAL	[ ]

* OBSERVACIONES

EXAMEN DE EGRESO

* SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMINA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 930 DE 8 DE MAYO 2020

Edgardo mercado pretton

Dr. Edgardo Mercado Pretton
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 904-2021

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carlos H Barajas Rojas

FIRMA DEL PACIENTE 79544681

Calle 27 sur N° 22 a 78 * Barrio Olaya * Tel: 3118734434
www.mediprosaludocupacional.com - mediprosaludocupacional@gmail.com

Powered by CamScanner

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Jorge Faced Vanegas Medina	CC.: 12629394
Edad: 49 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: Kg	Altura: 1.75 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022



FIRMA DEL PACIENTE

assmedicaips

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Duglas de Jesus Canchila Herrera	CC.: 1063280270
Edad: 36 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 87 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.- 73.4[illegible]

DUGLAS CANCHILA
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 297661 Fecha Examen: 2023-05-30 Hora: 08:08:25

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ANDRES DANILO APELLIDOS: ZABALA QUICENO
IDENTIFICACIÓN: 1120382369 FECHA DE NACIMIENTO: 15 de Agosto de 1997 EDAD: 25
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Proteccion

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Espirometria, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Visiometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Reposo auditivo extralaboral 3) Uso de Protección Auditiva

Programa de Protección Respiratoria

1) Capacitación en conservacion respiratoria 2) Espirometria Anual 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES
PAUTAS DE PROTECCION AUDITIVA
PAUTAS DE PROTECCION VISUAL





Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: ZABALA QUICENO ANDRES DANILO
Identificación: 1120382369

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

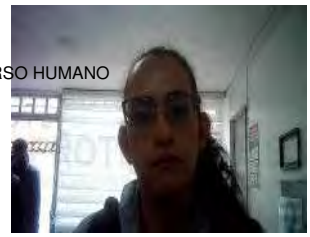
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 297679 Fecha Examen: 2023-05-30 Hora: 09:35:33

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: CARNES LA SUIZA SAS NIT: 830064988 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ANGIE VANESSA APELLIDOS: MESA CASTRO
IDENTIFICACIÓN: 1022948538 FECHA DE NACIMIENTO: 05 de Febrero de 1989 EDAD: 34
C.C: AIKA
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: analista sst
ARL: SURA EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

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

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año

Recomendaciones de Protección Visual

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE , CONTROL OFTALMOLOGIA EN SU EPS
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS





Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: MESA CASTRO ANGIE VANESSA
Identificación: 1022948538

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 296571 Fecha Examen: 2023-05-18 Hora: 09:29:35

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CAMILO ANDRES APELLIDOS: CASTIBLANCO CALLEJAS
IDENTIFICACIÓN: 1023968166 FECHA DE NACIMIENTO: 09 de Mayo de 1998 EDAD: 25
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Espirometria, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Visiometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido

Programa de Protección Respiratoria

1) Realizar Actividad Física 2) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

- HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA - ACTIVIDAD DEPORTIVA - MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. - MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. - USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.

LUIS EDUARDO OLARTE CHARRY
Médico especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Rg No. 1018493488
Licencia No. 2638 de 16/06/2022



Camilo Castiblanco

Atendido por: OLARTE CHARRY LUIS EDUARDO
Registro Médico: 1018493488
Licencia S.O.: 2638 DE 16/06/2022

Paciente: CASTIBLANCO CALLEJAS CAMILO ANDRES
Identificación: 1023968166

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 296265 Fecha Examen: 2023-05-16 Hora: 07:41:45

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: CARNES LA SUIZA SAS NIT: 830064988 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: KATHERINE APELLIDOS: HURTADO MORENO
IDENTIFICACIÓN: 1110540575 FECHA DE NACIMIENTO: 01 de Octubre de 1993 EDAD: 29
C.C: CONAMET
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: coordiandora sst
ARL: EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

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

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

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

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS.
DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS. -USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 1,5 METROS. -USO DE EPPA ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO - EN CASO DE EXPOSICION AL SOL, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 4 HORAS







Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: HURTADO MORENO KATHERINE
Identificación: 1110540575

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 297019 Fecha Examen: 2023-05-23 Hora: 13:51:36

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LUIS ALBERTO APELLIDOS: CUESTA
IDENTIFICACIÓN: 19190037 FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Diciembre de 1952 EDAD: 70
C.C: COMET GROUP SAS
ESTADO CIVIL: CASADO(A) NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA CARGO: OFICIAL ELECTRICO
ARL: EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP:

EXAMENES REALIZADOS

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

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Restricciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Sintomatico

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: No
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

INDICACIONES MEDICAS

TRABAJO A NIVEL DE PISO
SE RECOMIENDA NO TENER EXPOSICIÓN A RUIDO (85 DECIBELES O EQUIVALENTE SEGÚN EXPOSICIÓN).
CONTROL OCUPACIONAL CON HISTORIA CLINICA Y CERTIFICADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Temporabilidad (meses): 12

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 6 meses 2) Control por Otorrinolaringología 3) Examen Audiológico Complementario 4) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 5) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

- HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA - ACTIVIDAD DEPORTIVA - MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. - MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE.
SE RECOMIENDA VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA POR EPS
SE RECOMIENDA VALORAICON POR OPTOMETRIA POR EPS
SE RECOMIENDA VALORAICON POR PYP EN EPS

LUIS EDUARDO OLARTE CHARRY
Médico especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Rg No. 1018493488
Licencia No. 2638 de 16/06/2022

Atendido por: OLARTE CHARRY LUIS EDUARDO
Registro Médico: 1018493488
Licencia S.O.: 2638 DE 16/06/2022

Paciente: CUESTA LUIS ALBERTO
Identificación: 19190037

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 296290 Fecha Examen: 2023-05-16 Hora: 09:23:00

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LUISA FERNANDA APELLIDOS: NOMEZQUI MEDINA
IDENTIFICACIÓN: 1000984459 FECHA DE NACIMIENTO: 30 de Noviembre de 2000 EDAD: 22
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNOLOGO CARGO: ANALISTA SST
ARL: SURA EPS: SURA EPS AFP: Proteccion

EXAMENES REALIZADOS

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

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

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

Recomendaciones de Protección Visual

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO EN ALTURAS.
USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE
DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS. -USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 1,5 METROS. -USO DE EPPA ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO - EN CASO DE EXPOSICION AL SOL, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 4 HORAS.







Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: NOMEZQUI MEDINA LUISA FERNANDA
Identificación: 1000984459

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 295385 Fecha Examen: 2023-05-06 Hora: 09:18:08

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: EDGAR ENRIQUE APELLIDOS: SASTOQUE DIAZ
IDENTIFICACIÓN: 79410931 FECHA DE NACIMIENTO: 02 de Marzo de 1967 EDAD: 56
C.C: GLOBAL GROUP COL SAS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: OFICIAL ELECTRICISTA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Colpensiones

EXAMENES REALIZADOS

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

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Restricciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: No
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

INDICACIONES MEDICAS

TRABAJO AL PISO
NO DEBE LABORAR EN AMBIENTES CON RUIDO SUPERIOR A 80 DB
Temporabilidad (meses): 6

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

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

Recomendaciones de Protección Visual

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

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN EXPOSICION A RIESGOS
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL PAUTAS DE PROTECCION AUDITIVA
CAPACITACION EN ERGONOMIA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MIEMBROS INFERIORES USO DE SOPORTE ELASTICO
USO DE CORRECCION VISUAL





Atendido por: CORTES MENDEZ NANCY
Registro Médico: 41797270
Licencia S.O.: 78-2017

Paciente: SASTOQUE DIAZ EDGAR ENRIQUE
Identificación: 79410931

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	John Erick Ospina Romero	CC.: 1001276813
Edad: 23 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: Kg	Altura: 1.67 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.-73.495.440

FIRMA DEL PACIENTE

assmedicaips

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Jose Daniel Herrera Mancera	CC.: 11187399
Edad: 51 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 70 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔	Col: ✔	Trigi ✔ otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.-73.495.440

FIRMA DEL PACIENTE

assmedicaips

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-17
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Juan Carlos Lizcano Perez	CC.: 79614755
Edad: 50 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 69 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES: Antecedente osteomuscular no limitante / Control rutina cirugía mano E.P.S

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

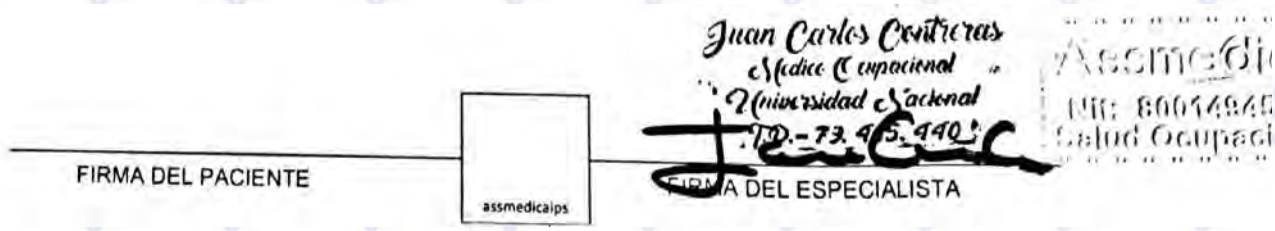
Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022



Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Libardo Peñuela Colmenares	CC.: 1022927292
Edad: 36 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 65 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022



FIRMA DEL PACIENTE

assmedicaips

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT. 830.136.121-5
UC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 6-Jun.-2023 **HORA** 10:44:48
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Elias Oyola Vealsquez
Edad 33 años 1 mes 26 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1024502797
Cargo OFICIAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: Se realizó examen osteomuscular con énfasis en los grupos musculares y la detección de las patologías para detección de patologías de origen muscular. se evaluó la postura, los arcos de movilidad, evaluación de grupos musculares en sus retracciones, fuerza y trofismo, dimensiones de longitud y perímetros, valoración del sistema nervioso (reflejos osteotendinosos, sensibilidad, marcha y coordinación), se examina la columna en su alineación por lo cual presenta un examen osteomuscular dentro de los límites normales. 1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral. 3/Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 4/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo, al igual que las condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 5/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 6/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares. No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal.

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

Médico		**Trabajador**	
Firma	Reg.Med.72173322 / SST 3508 de 19-07-22	Firma	Elias Oyola V.
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Elias Oyola Vealsquez
RM.	SST3508-19-07-22 Lic.SO:	CC N°	1024502797

Huella

Powered by CamScanner

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Duglas de Jesus Canchila Herrera	CC.: 1063280270
Edad: 36 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 87 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.-73.465.440

FIRMA DEL PACIENTE

assmedicaips

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS
Nit. 900055754 - 6
Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 2312 DE 2017
Tel: 7528708 - 6067222

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ⊗



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **26/01/2023 09:32:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **PEDRO CAMILO SALGADO AVILA**

Cargo **OPERADOR** Doc. Identidad **CC 1018440959**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA DE MEDICINA GENERAL	2 PRUEBA ERGONOMETRICA (TEST OSTEOMUSCULAR)	3 CONSULTA DE VISIOMETRIA
4 CONSULTA DE AUDIOMETRIA	5 GLUCOSA EN ORINA	6 COLESTEROL TOTAL
7 TRIGLICÉRIDOS	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	⊗	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	⊗	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	⊗	○
Apto para participar en la brigada	○	○	⊗	○
Apto para Manipulación de alimentos	○	○	⊗	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral Permanente	○	○
Apto para Manipulación de alimentos	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 5481 /2013

Trabajador: PEDRO CAMILO SALGADO AVILA
CC 1018440959
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE A ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.
- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)
-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 5481 /2013

Trabajador: PEDRO CAMILO SALGADO AVILA
CC 1018440959
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/06/2023

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LOZANO RODRIGUEZ DANIEL ESTEBAN Sexo: [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] Numero: 1.030.533.746 Edad: 18 AÑOS
Eps: COMPENSAR Cargo: AYUDANTE
Empresa: PAVIMENTOS RODALM S.A.S NIT: 901490968-3

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.74 CM	PESO	63 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] Tratamiento: SI [ ] NO [X] ¿Cuál?_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

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

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

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

HUELLA

Medico

Firma: Vladimir A. Vega R. Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Resolución 5614 / 2018

Nombre: Dr. Vladimir Alberto Vega Rodríguez
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente
Firma: Daniel Lozano
Nombre:
Doc. No.: 1030533746.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACION AL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIóN EN CALIDAD…

35/00043334703349 98

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/00043334703349 98 **Fecha:** 12/09/2022 **EPS: SALUD TOTAL**

Paciente: JESUS ANTONIO PEREIRA PACHECO **Identificación: 1.048.942.540** **Edad:** 28 Años

Empresa:COMERCIALIZADORA PJS SAS NIT: 900.584.112 **Cargo**: CONDUCTOR

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3.	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	**O +** (POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SINALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIóN FUNCIONAL OTONEUROLóGICA	SINALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**: 76 KG **ESTATURA:** 1.75 CM

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Aprobado con restricciones:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIóN.

¡ALERTA COVID-19!

EL PACIENTE A SU INGRESO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA PARA LA ENFERMEDAD COVID 19

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ○ AUDITIVO: ○ RESPIRATORIO: ○ CARDIOVASCULAR: ○ PSICOSOCIAL: ○ MUSC/ESQUELETICO ○ NINGUNO: ✓

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( ) SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIóN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIóN Nº 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ✓ **NO:** ○

Jim Roger Sanchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*

NIT: 900.995.916-5 Avenida calle 53 # 23a - 59
www.serviciosmg.com.co
TEL: 3458767
info@serviciosmgips.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

POST INCAPACIDAD		*INGRESO*	
POR CAMBIO DE OCUPACIÓN		*EGRESO*	
ESPACIOS CONFINADOS		*PERIÓDICO*	✓
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		*REINTEGRO*	
ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓	*ALTURAS*	✓

N° 320784P

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
2	12	2022	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN PARA TRABAJO EN ALTURAS
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

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

PAVIMENTOS RODALM SAS	**901490968-3**
Nombre de la empresa	**NIT**

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

EDER ROLANDO RODRIGUEZ SALAMANCA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	**39**	CC 11.355.387
Nombre completo					Tipo PESO. Kg
Cargo	EPS	Fondo de Pensiones	RH		Peso. Kg
INSPECTOR CIVIL	**FAMISANAR EPS**	**PORVENIR**	**A+**		**82 Kg**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA/APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	PERFIL LIPÍDICO-GLICEMIA
VISIOMETRÍA	
AUDIOMETRÍA	

SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19, PACIENTE SANO.

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP,CONTROL CON AUDIOMETRÍA CADA AÑO ,REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL, DIETA Y EJERCICIO, ADOPCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Nombre: SAYDA DALNIRA PAVON RIVERA

R. M.: 52691474 L.S.O.: 1243/2018

Aspirante o Trabajador

Identificación :

Huella

" Los hallazgos fueron consignados en la historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007"

Software para el sector salud - www.biofile.com. co

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)



FECHA: 13/06/2023

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: PINTO CORCHO JOSE ANTONIO Sexo: [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] Numero: 8.189.350 Edad: 53 AÑOS
Eps: SALUD TOTAL Cargo: OFICIAL
Empresa: PAVIMENTOS RODALM S.A.S NIT: 901490968-3
RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	

HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.75 CM	PESO	88 KG

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] Tratamiento: SI [ ] NO [X] ¿Cuál?_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

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

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

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

HUELLA

Medico

Firma: Vladimir A. Vega R. Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Resolución 5614 / 2018

Nombre: Dr. Vladimir Alberto Vega Rodríguez
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente
Firma: Antonio Pinto Corcho
Nombre:
Doc. No.: 8189350.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 299054 Fecha Examen: 2023-06-10 Hora: 09:44:15

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DAVID ARMANDO APELLIDOS: PEREZ TORO
IDENTIFICACIÓN: 1067969715 FECHA DE NACIMIENTO: 09 de Octubre de 1992 EDAD: 30
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: SURA EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Visiometria, Espirometria, Audiometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

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

Programa de Protección Respiratoria

1) Capacitación en conservacion respiratoria 2) Espirometria Anual 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.
BAJAR DE PESO, DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y GRASAS TRANS , EVITAR FRITOS, EVITAR ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, HIPOGLUCIDA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR DIARIA







Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: PEREZ TORO DAVID ARMANDO
Identificación: 1067969715

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	John Erick Ospina Romero	CC.: 1001276813
Edad: 23 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: Kg	Altura: 1.67 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

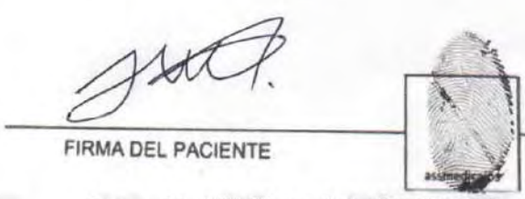
Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022



FIRMA DEL PACIENTE



FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Jorge Faced Vanegas Medina	CC.: 12629394
Edad: 49 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: Kg	Altura: 1.75 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Jorge F Vanegas M.

FIRMA DEL PACIENTE



Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.- 73.4[illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes. Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Jose Daniel Herrera Mancera	CC.: 11187399
Edad: 51 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 70 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

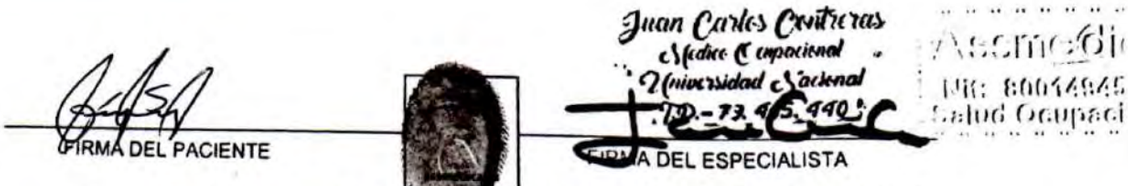
Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI NO Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022



Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-17
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Juan Carlos Lizcano Perez	CC.: 79614755
Edad: 50 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 69 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔ No ___
Visiometría	___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔ otros ___
Optometría	✔		
Audiometría	✔	Cuales: _____	
Espirometría	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES: Antecedente osteomuscular no limitante / Control rutina cirugía mano E.P.S

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

FIRMA DEL PACIENTE



Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.- 73.4[illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Assmedi
Nit: 80014945
Salud Ocupaci

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: INGENIERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	Nit: 900.262339-1	Fecha: 2023-05-18
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Libardo Peñuela Colmenares	CC.: 1022927292
Edad: 36 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Armador Soldador
Peso: 65 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔	No ___
Visiometría ___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔	otros ___
Optometría ✔			
Audiometría ✔	Cuales: _____		
Espirometría ___	Radiografías:		
Prueba de equilibrio	Estable ✔	Inestable: ___	
OSTEOMUSCULAR:	Normal		

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

APTO ✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO ___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.- 73.4[illegible].440

Assmedica
Nit: 800149453
Salud Ocupacional

LIBARDO PEÑUELA
FIRMA DEL PACIENTE



FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.264

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

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

PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARTINEZ RODRIGUEZ CRISTIAN CAMILO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS	CC	1030644038
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE INGENIERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | ANEXO OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRÍA	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Dra. Yuly Guarin Holguin
Médico Cirujano General
Esp. SST Res. 15171 de 2019 MC

Firma:

Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

R. M.: 53164665 **L.S.O.:** 15078

Código de Seguridad
C860I1O7264

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ RODRIGUEZ CRISTIAN CAMILO

CC: 1030644038

ANEXO SST-15. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-06-02, 02:11:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numero Planilla:** 1053105476

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023

PAGADO 02/06/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDER VELASQUEZ CAGUA		
Documento	CC79380219	**Dirección**	CL 14 SUR # 32-60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3136547892
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C	**Departamento**	BOGOTA D.C
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79380219	ALEXANDER VELASQUEZ CAGUA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 340.000	$ 54.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 340.000	$ 42.500	**6.960**	$ 340.000	$ 23.650	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.550

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 340.000	$ 340.000	$ 340.000	$ 0	$ 54.400	$ 42.500	$ 23.650	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.550	$ 0	$ 120.550

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901378317	0	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 57Z No. 75D-10 SUR CA51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8939275	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2121700167	9451959630	E	2023/06/06	2023/06/06	BANCOLOMBIA	0	$11,306,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	80822373	ALEAN CAVANZO SERGIO ENRIQUE	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
2	CC	1007275624	AREVALO YEPEZ TEDER DAYAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
3	PT	5812768	BAUTISTA ZOLANO CARLOS EDUARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
4	CC	80762173	BERNAL BENAVIDES CARLOS ALBERTO	231001	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
5	CC	79925284	CHAVEZ YAÑEZ CESAR AUGUSTO	230201	30	$1,550,000	$248,000	EPS005	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
6	CC	1010147768	CHICA HERRERA MIGUEL STIVEN	230301	15	$580,000	$92,800	EPS005	15	$580,000	$23,200	CCF24	15	$580,000	$23,200	14-23	15	$580,000	$40,400	15	$0	$0
7	CC	79111763	CRUZ PEREZ LUIS HUMBERTO		0	$0	$0	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
8	CC	1026308988	DEL VILLAR VILLARROEL KEVIN MIGUEL	230201	30	$1,260,000	$201,600	EPSC34	30	$1,260,000	$50,400	CCF24	30	$1,260,000	$50,400	14-23	30	$1,260,000	$87,700	30	$0	$0
9	CC	79681780	DEL VILLAR MERCADO MIGUEL	231001	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
10	CC	3186006	DIAZ JARA FREDI ELIECER	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
11	CC	79695587	DIAZ JARA NELSON RODRIGO		0	$0	$0	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
12	CC	79182889	DIAZ JARA OSCAR LEONARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
13	CC	11037562	FLOREZ VIELLARD EMIRO NEL	230301	11	$696,667	$111,500	EPS008	11	$696,667	$27,900	CCF24	11	$696,667	$27,900	14-23	11	$696,667	$48,500	11	$0	$0
14	CC	79970576	GARCIA SANABRIA ARISTOBULO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
15	CC	1033722245	GARCIA SANABRIA CRISTIAN MAURICIO	230301	30	$1,260,000	$201,600	EPSC34	30	$1,260,000	$50,400	CCF24	30	$1,260,000	$50,400	14-23	30	$1,260,000	$87,700	30	$0	$0
16	CC	80114333	GARCIA SANABRIA JIMMY GERARDO	230301	30	$1,550,000	$248,000	EPS005	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
17	CC	1007404311	GARCIA ALBARRACIN ROMEL GERARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
18	CC	79651166	GARCIA ROMEL ORLANDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
19	CC	19353005	GOMEZ GOMEZ ISIDRO ANTONIO		0	$0	$0	EPS037	20	$773,334	$31,000	CCF24	20	$773,334	$31,000	14-23	20	$773,334	$53,900	20	$0	$0
20	CC	1033701940	GOMEZ PRIETO WILMER JAIR	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
21	PT	6757026	GUDIÑO YARI RENNY DE JESUS	230301	24	$928,000	$148,500	EPS002	24	$928,000	$37,200	CCF24	24	$928,000	$37,200	14-23	24	$928,000	$64,600	24	$0	$0
22	CC	1024467174	GUERRERO CORTES OSCAR OBDULIO	230201	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
23	CC	1024561771	MARIN MARTINEZ ISIS DANIELA	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
24	CC	15765992	MENDEZ SANCHEZ HELY ANTONIO	230301	30	$1,550,000	$248,000	EPS017	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
25	CC	11441077	RAVELO ESTEPA FLORENTINO	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
26	CC	1022354217	SANCHEZ VELASQUEZ ELIANA ESTEFANI	230201	27	$1,044,000	$167,100	EPS010	27	$1,044,000	$41,800	CCF24	27	$1,044,000	$41,800	14-23	27	$1,044,000	$72,700	27	$0	$0
27	CC	1112933516	SOLORZANO CUELLAR JHON EIDER	230301	24	$928,000	$148,500	EPS005	24	$928,000	$37,200	CCF24	24	$928,000	$37,200	14-23	24	$928,000	$64,600	24	$0	$0
28	CC	79420028	TORRES LARA DIEGO FERNANDO	25-14	29	$1,218,000	$194,900	EPS002	29	$1,218,000	$48,800	CCF24	29	$1,218,000	$48,800	14-23	29	$1,218,000	$84,800	29	$0	$0
29	PT	5095349	TORRES BURGOS JHON ENDER	230301	30	$1,550,000	$248,000	EPSC34	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0

Resumen General de Pago

30	CC	1127602304	TORRES CABANA YOINER JOSE	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
31	CC	1062607285	VELLOJIN GARCIA JORGE LEONARDO	230201	12	$464,000	$74,300	EPS037	12	$464,000	$18,600	CCF24	12	$464,000	$18,600	14-23	12	$464,000	$32,300	12	$0	$0
Total	**Afiliados(31)**					**$34,828,667**	**$5,572,800**			**$38,312,001**	**$1,532,900**			**$38,312,001**	**$1,532,900**			**$38,312,001**	**$2,667,600**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				28	$5,572,800	$0	$0	$5,572,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$496,000	$0	$0	$496,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$194,900	$0	$0	$194,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	19	$3,757,300	$0	$0	$3,757,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,124,600	$0	$0	$1,124,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$2,667,600	$0	$0	$2,667,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	31	$2,667,600	$0	$0	$2,667,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$1,532,900	$0	$0	$1,532,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	31	$1,532,900	$0	$0	$1,532,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				31	$1,532,900	$0	$0	$1,532,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$162,800	$0	$0	$162,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$200,700	$0	$0	$200,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$88,200	$0	$0	$88,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$201,200	$0	$0	$201,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$49,600	$0	$0	$49,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	11	$566,000	$0	$0	$566,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$264,400	$0	$0	$264,400
TOTAL				31	$11,306,200	$0	$0	$11,306,200

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2115177036	9451768806	E	2023/06/02	2023/06/02	BANCOLOMBIA		$4,981,200

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	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER																		231001	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
2	CC	1000322681	BARRAGAN ANDRES																		230301	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
3	CC	1007767345	JERONIMO YINI																		230201	30	$185,600	ESSC07	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
4	CC	1056709572	LARROTA JHON																		230301	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
5	CC	79768568	MARIN FERNANDO		X																231001	2	$12,400	EPS017	2	$3,100	CCF24	2	$3,100	14-11	2	6.96	$5,400	2	$0	Si	$24,000
6	CC	80807271	PORRAS CARLOS																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
7	CC	1013636336	PULIDO JONATHAN																		230301	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
8	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
9	CC	1090441631	RIVERA MARYURY		X																230201	9	$55,700	EPS037	9	$14,000	CCF24	9	$14,000	14-11	9	6.96	$24,300	9	$0	Si	$108,000
10	CC	1023366448	RIVEROS JEAN																		230301	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
11	CC	1030578618	RIVILLO JULY																		231001	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
12	CC	79387044	RIVILLO LUIS																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
13	CC	1000782157	RUIZ JOHAN		X																230301	15	$92,800	EPSC34	15	$23,200	CCF24	15	$23,200	14-11	15	6.96	$40,400	15	$0	Si	$179,600
14	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI																		230201	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
15	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
16	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(16)**																						$2,573,700			$643,500			$643,500				$1,120,500		$0		$4,981,200

2023/06/02 02:13 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2115177036	9451768806	E	2023/06/02	2023/06/02	BANCOLOMBIA		$4,981,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				16	$2,573,700	$0	$2,573,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$569,200	$0	$569,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,020,800	$0	$1,020,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$798,100	$0	$798,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,120,500	$0	$1,120,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	16	$1,120,500	$0	$1,120,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$643,500	$0	$643,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	16	$643,500	$0	$643,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				16	$643,500	$0	$643,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$69,600	$0	$69,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$92,800	$0	$92,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	7	$281,500	$0	$281,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$46,400	$0	$46,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$14,000	$0	$14,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$139,200	$0	$139,200
TOTAL				**16**	**$4,981,200**	**$0**	**$4,981,200**

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2115198727	9451769681	A	2023/06/30	2023/06/02	BANCOLOMBIA		$527,700

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	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1019035413	BELLO HEBER	X																	230301	19	$117,600	EPS017	19	$29,400	CCF24	19	$29,400	14-11	19	6.96	$51,200	19	$0	Si	$227,600
2	CC	80184499	CASTRO OSCAR	X	X																230301	3	$18,600	EPSC34	3	$4,700	CCF24	3	$4,700	14-11	3	6.96	$8,100	3	$0	Si	$36,100
3	CC	1010840016	GARCIA ANDERSON	X	X																230301	3	$18,600	EPSC34	3	$4,700	CCF24	3	$4,700	14-11	3	6.96	$8,100	3	$0	Si	$36,100
4	CC	72049939	LOPEZ JOSE	X																	230201	8	$49,500	EPS005	8	$12,400	CCF24	8	$12,400	14-11	8	6.96	$21,600	8	$0	Si	$95,900
5	CC	79769463	MARTINEZ JOSE	X																	230201	8	$49,500	EPS002	8	$12,400	CCF24	8	$12,400	14-11	8	6.96	$21,600	8	$0	Si	$95,900
6	CC	1019115963	ORJUELA LEONARDO	X	X																230201	3	$18,600	EPS017	3	$4,700	CCF24	3	$4,700	14-11	3	6.96	$8,100	3	$0	Si	$36,100
Total	**Afiliados(6)**																						$272,400			$68,300			$68,300				$118,700		$0		$527,700

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2115198727	9451769681	A	2023/06/30	2023/06/02	BANCOLOMBIA		$527,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$272,400	$0	$272,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$154,800	$0	$154,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$117,600	$0	$117,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$118,700	$0	$118,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$118,700	$0	$118,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$68,300	$0	$68,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$68,300	$0	$68,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$68,300	$0	$68,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$9,400	$0	$9,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$34,100	$0	$34,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$12,400	$0	$12,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$12,400	$0	$12,400
TOTAL				**6**	**$527,700**	**$0**	**$527,700**

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	901365771-5	VIDRIERIA MAR DE CRISTRAL SAS	TRAN 68H 37 C 48 SUR	9427385	vidrieriamardecristal2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E		67688348	$2.443.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	4.700	0		0		0	0	0	0	4.700	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	106.800	0		0		0	0	0	0	106.800	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	204.200	0		0		0	0	0	0	204.200	5

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	402.200	0	0	0	0	0	0		402.200	3
230301	Porvenir	800224808-8	488.800	0	0	0	0	0	0		488.800	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	371.200	0	0	0	0	0	0		371.200	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	549.400				549.400	0	0	549.400			5.494	549.400	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	315.700	0	0	315.700	10

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	3	315.700	315.700
Pensión	3	1.262.200	1.262.200
Riesgos Laborales	1	549.400	549.400
CCF	1	315.700	315.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.443.000	2.443.000

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	901365771-5	VIDRIERIA MAR DE CRISTRAL SAS		TRAN 68H 37 C 48 SUR	9427385	vidrieriamardecristal2015@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					10	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-05	2023-04	E		67688348	$2.443.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1006878412	MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO	1	0			S	X																230201	464.000	74.300	0	0	0	0	EPS017	464.000	18.600	14-11	464.000	5	32.300	CCF21	464.000	18.600	0	0	0	0	0
2	CC	1024579776	DEVIA BONILLA JHONATAN ALEXIS	1	0			S	X																230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS005	116.000	4.700	14-11	116.000	5	8.100	CCF21	116.000	4.700	0	0	0	0	0
3	CC	1030653562	ESCOBAR BOJACA LUIS JAIDER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	1.160.000	0	0	0	0
4	CC	1046812282	LARA CERVANTES MIGUEL ANDRES	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS008	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF21	38.667	1.600	0	0	0	0	0
5	CC	1105791400	CAMACHO BUSTOS EDINSON EDUARDO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
6	CC	14320293	RICAURTE RAMIREZ LIBARDO	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
7	CC	52492961	VARON SAENZ JULIE CAROLINA	1	0			S		X															230201	889.334	142.300	0	0	0	0	EPS008	889.334	35.600	14-11	889.334	5	61.900	CCF21	889.334	35.600	0	0	0	0	0
8	CC	52747532	ESCOBAR BOJACA LUZ JACQUELINE	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
9	CC	80165227	VILLABON BRAVO VIDAL	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
10	CC	80845550	SANCHEZ ORDOÑEZ YEISON MAURICIO	1	0			S	X	X															230301	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS008	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF21	580.000	23.200	0	0	0	0	0

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-05-18, 04:29:14 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1053858713

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** mayo de 2023

PAGADO 05/05/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMERCIALIZADORA PJS SAS		
Documento	NI900584112	**Dirección**	CL 100BIS #9 - 34 ESTE
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6320856
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SALGADO ROZO PEDRO JULIO	**Identificación**	CC 79148265
Total Afiliados	5	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018440959	PEDRO CAMILO SALGADO AVILA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1048942540	JESUS ANTONIO PEREIRA PACHECO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 79148265	PEDRO JULIO SALGADO ROZO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.242.147	$ 49.700	6,960	$ 1.242.147	$ 86.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.242.147	$ 49.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.900
CC 79982950	JULIO ALEXANDER SALGADO AVILA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 80097237	LUIS FERNANDO BELTRAN PAEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 4.640.000	$ 5.882.147	$ 5.882.147	$ 5.882.147	$ 742.400	$ 235.300	$ 409.700	$ 235.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.622.700	$ 8.100	$ 1.630.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-05-18, 04:29:14 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1053858713

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** mayo de 2023

PAGADO 05/05/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMERCIALIZADORA PJS SAS		
Documento	NI900584112	**Dirección**	CL 100BIS #9 - 34 ESTE
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6320856
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SALGADO ROZO PEDRO JULIO	**Identificación**	CC 79148265
Total Afiliados	5	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018440959	PEDRO CAMILO SALGADO AVILA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1048942540	JESUS ANTONIO PEREIRA PACHECO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 79148265	PEDRO JULIO SALGADO ROZO	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.242.147	$ 49.700	6,960	$ 1.242.147	$ 86.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.242.147	$ 49.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.900
CC 79982950	JULIO ALEXANDER SALGADO AVILA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 80097237	LUIS FERNANDO BELTRAN PAEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 4.640.000	$ 5.882.147	$ 5.882.147	$ 5.882.147	$ 742.400	$ 235.300	$ 409.700	$ 235.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.622.700	$ 8.100	$ 1.630.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79209739	0	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4330	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 80 D BIS 43 60	2667429	SEGURIDADSOCIALCJGM@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-05	2023-06	26674267	E	2023-06-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	4.939.200	0	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
17 de 17	26674267	2023-06-09	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																																
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	FECHA VSP	VTE	VST	SLN	FECHA INICIO SLN	FECHA FIN SLN	IGE	FECHA INICIO IGE	FECHA FIN IGE	LMA	FECHA INICIO LMA	FECHA FIN LMA	VAC	FECHA INICIO VAC	FECHA FIN VAC	AVP	VCT	FECHA INICIO VCT	FECHA FIN VCT	IRL	FECHA INICIO IRL	FECHA FIN IRL	EPST	AFPT
1	CC 79682771	ANGULO ORELLANO ADEMIR	1.160.000	F																													0				
2	CC 1083022967	GUTIERREZ GUEPE CARLOS STIVEN	1.160.000	F																													0				
3	CC 1012356138	BUITRAGO ORTEGA CRISTIAN CAMILO	1.160.000	F																													0				
4	CC 1082881175	MANJARRES HERNANDEZ CRISTIAN RAFAEL	1.160.000	F	X	2023/05/05	X	2023/05/06																									0				
5	CC 1067091689	VELEZ AGUILAR DIEGO FERNANDO	1.160.000	F	X	2023/05/06	X	2023/05/07																									0				
6	CC 1000992222	NEMOCON CHAVEZ DYLAN FERNANDO	1.160.000	F			X	2023/05/04																									0				
7	CC 73547897	NOVOA FIGUEROA GUILLERMO SEGUNDO	1.160.000	F																													0				
8	CC 1072198326	LOPEZ MAYORGA HAROLD YESSID	1.160.000	F																													0				
9	CC 79555362	PARRA PEREZ JESUS	1.160.000	F																													0				
10	CC 1010223326	FORERO DIAZ JOSE JOHANN	1.160.000	F																													0				
11	CC 348412	RAMIREZ BARBOSA JOSE MANUEL	1.160.000	F																													0				
12	CC 14228112	OYOLA JUSTO	1.160.000	F																													0				
13	CC 79508346	CARVAJAL OYOLA LUIS EDUARDO	1.160.000	F																													0				
14	CC 18599633	CARDONA CARDONA ORLEY DE JESUS	1.160.000	F																													0				
15	CC 5874199	ROMERO PULIDO ROBERTO	1.160.000	F																													0				
16	CC 79734522	ESPINOSA ROBILSON HINYS	1.160.000	F																													0				
17	CC 80807876	USGAME OÑATE YAIR ANDRES	1.160.000	F																													0				

	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF		
N.	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot
1	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
2	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
3	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
4	2	2	2	2	COLFONDOS-231001	77.334	12.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	77.334	3.100	COMPENSAR-CCF24	77.334	3.100
5	2	2	2	2	COLFONDOS-231001	77.334	12.400	0	0	FAMISANAR-EPS017	77.334	3.100	COMPENSAR-CCF24	77.334	3.100
6	4	4	4	4	PORVENIR-230301	154.667	24.800	0	0	FAMISANAR-EPS017	154.667	6.200	COMPENSAR-CCF24	154.667	6.200
7	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
8	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
9	30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
10	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
11	0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
12	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
13	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
14	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
15	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
16	30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.160.000	185.600	0	0	EPS SURA-EPS010	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400
17	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.160.000	46.400	COMPENSAR-CCF24	1.160.000	46.400

	RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
2	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
3	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
4	77.334	5.400	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	24.000	S	5433001
5	77.334	5.400	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	24.000	S	5433001
6	154.667	10.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	48.000	S	5433001
7	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
8	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
9	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
10	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
11	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	5	173.600	S	5433001
12	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
13	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
14	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
15	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
16	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
17	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79209739	0	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4330	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 80 D BIS 43 60		2667429		SEGURIDADSOCIALCJGM@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-05	2023-06	26674267	E	2023-06-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	4.939.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
17 de 17	26674267		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
15.389.335	16.549.335	16.549.335	16.549.335	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				16	2.462.400	0	0	0	2.462.400
COLFONDOS	231001	800227940	6	3	210.400	0	0	0	210.400
PORVENIR	230301	800224808	8	6	952.800	0	0	0	952.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	556.800	0	0	0	556.800
PROTECCION	230201	800229739	0	4	742.400	0	0	0	742.400
EPS(Administradoras: 6)				17	662.000	0	0	0	662.000
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	2	92.800	0	0	0	92.800
SANITAS	EPS005	800251440	6	2	92.800	0	0	0	92.800
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	46.400	0	0	0	46.400
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	8	287.700	0	0	0	287.700
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	2	92.800	0	0	0	92.800
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	2	49.500	0	0	0	49.500
ARP(Administradoras: 1)				17	1.152.800	0	0	0	1.152.800
ARL SURA	14-11	890903790	5	17	1.152.800	0	0	0	1.152.800
CCF(Administradoras: 1)				17	662.000	0	0	0	662.000
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	17	662.000	0	0	0	662.000
Gran Total					4.939.200	0	0	0	4.939.200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 813008120	1	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PA BOGOTA	CALLE 104 NO 14 A 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	33443861	9452082884	E	2023/06/06	2023/06/07	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.		$14,690,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PA BOGOTA (18 Afiliados)																							$48,467,827	$7,824,900			$48,467,827	$1,938,800			$48,467,827	$1,938,800			$48,467,827		$2,970,000		$0	$0		$14,672,500
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (3 Afiliados)																							$6,267,827	$1,002,900			$6,267,827	$250,800			$6,267,827	$250,800			$6,267,827		$32,800		$0	$0		$1,537,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$6,267,827	$1,002,900			$6,267,827	$250,800			$6,267,827	$250,800			$6,267,827		$32,800		$0	$0		$1,537,300
1	CC	1075225207	CORTES NATALIA																		230301	30	$1,701,160	$272,200	EPS005	30	$1,701,160	$68,100	CCF21	30	$1,701,160	$68,100	14-7	30	$1,701,160	0.522%	$8,900	30	$0	$0	Si	$417,300
2	CC	1030644038	MARTINEZ CRISTIAN	X																	230301	16	$1,066,667	$170,700	EPS010	16	$1,066,667	$42,700	CCF21	16	$1,066,667	$42,700	14-7	16	$1,066,667	0.522%	$5,600	16	$0	$0	Si	$261,700
3	CC	1051822295	RODRIGUEZ VANESSA																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS010	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	0.522%	$18,300	30	$0	$0	Si	$858,300
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (15 Afiliados)																							$42,200,000	$6,822,000			$42,200,000	$1,688,000			$42,200,000	$1,688,000			$42,200,000		$2,937,200		$0	$0		$13,135,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (15 Afiliados)																							$42,200,000	$6,822,000			$42,200,000	$1,688,000			$42,200,000	$1,688,000			$42,200,000		$2,937,200		$0	$0		$13,135,200
4	CC	1022385179	AYALA BRAYAN																		230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF21	30	$2,800,000	$112,000	14-7	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
5	CC	1023021403	CASTRO DUBAR																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
6	CC	1019074234	ESCOBAR JULIAN	X																	230301	12	$800,000	$128,000	EPS017	12	$800,000	$32,000	CCF21	12	$800,000	$32,000	14-7	12	$800,000	6.960%	$55,700	12	$0	$0	Si	$247,700
7	CC	52382758	HORMAZA SANDRA																		230201	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS008	30	$7,000,000	$280,000	CCF21	30	$7,000,000	$280,000	14-7	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	Si	$2,237,200
8	CC	1024522732	JULIO SAID																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
9	CC	1013590546	LOAIZA JERFENSON																		231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
10	CC	79744779	LOPEZ OMAR																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS008	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
11	CC	80116087	MELO CIRO																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
12	CC	12198058	PEDREROS JUAN																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
13	CC	1101752159	PINZON JUAN																		25-14	30	$3,500,000	$560,000	EPS037	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
14	CC	1033792061	PORTILLA VALENTINA																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
15	CC	1026280172	ROZO LIZETH																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
16	CC	79838555	RUBIO CAMILO																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS002	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
17	CC	1022958693	TOCUA FABIAN																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
18	CC	1018510121	TOVAR LUIS																		230301	30	$2,600,000	$416,000	EPS010	30	$2,600,000	$104,000	CCF21	30	$2,600,000	$104,000	14-7	30	$2,600,000	6.960%	$181,000	30	$0	$0	Si	$805,000
Total	**Afiliados(18)**																						$48,467,827	$7,824,900			$48,467,827	$1,938,800			$48,467,827	$1,938,800			$48,467,827		$2,970,000		$0	$0		$14,672,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$7,824,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$400,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,680,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$4,234,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,510,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$2,970,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	18	$2,970,000

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$1,938,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	18	$1,938,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				18	$1,938,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$812,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$286,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$192,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$140,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$340,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$168,100
TOTAL				**18**	**$14,672,500**

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANIEL CARMONA CAPERA identificado(a) con CC 1108832088

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	21	X	X							X									4%	$32,500
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2										X								16%	$12,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X	X							X									16%	$130,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	2										X									$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	21	X	X							X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	2										X									$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	21	X	X							X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	21	X	X							X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	21	X	X							X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X	X							X									6.96%	$56,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X	X							X									4%	$33,900

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CAMILO ANDRES CASTIBLANCO CALLEJAS identificado(a) con CC 1023968166

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	4	X																	4%	$6,200
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	4	X																	16%	$24,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2										X								16%	$12,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	4	X																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	2										X									$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	4	X																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	2										X									$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	4	X																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	4	X																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	4	X																	6.96%	$10,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	4	X																	4%	$6,200
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2										X								0%	$0

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para AKRAM MACKENZIE CASTILLO DUARTE identificado(a) con CC 1124021607

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPSC34	CAPITAL SALUD	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$46,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$185,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$80,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CRISTIAN CAMILO CASTILLO ROJAS identificado(a) con CC 1023908209

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$46,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$185,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$80,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para VIVIAN ROCIO CASTRO CASTRO identificado(a) con CC 1022330907

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	28	X																4%	$130,700
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	28	X																16%	$522,700
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	28	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	28	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	28	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	28	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	28	X																6.96%	$227,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	28	X																4%	$130,700

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ARTHUR ALEJANDRO CELY CORREA identificado(a) con CC 80130485

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	29	X																4%	$56,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	29	X																16%	$225,100
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	29	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	29	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	29	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	29	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	29	X																6.96%	$97,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	29	X																4%	$56,300

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JULIO CESAR CONTRERAS GRACIA identificado(a) con CC 19447388

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	23	X																4%	$35,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	23	X																16%	$142,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	23	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	23	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	23	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	23	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	23	X																6.96%	$61,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	23	X																4%	$35,600

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para NATHALIA ALEJANDRA CORREDOR MARTINEZ identificado(a) con CC 1054681137

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$104,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$416,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$181,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$104,000

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JAIME LUIS DICKSON GERMAN identificado(a) con CC 1067878341

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	29																		4%	$44,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	1										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	29																		16%	$179,500
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	1										X								16%	$6,200
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	29																			$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	1										X									$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	29																			$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	1										X									$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	29																		0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	1										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	29																		0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	1										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	29																		6.96%	$78,100
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	1										X								0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	29																		4%	$44,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	1										X								0%	$0

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JULIO DUARTE ORTIZ identificado(a) con CC 19424886

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	12																X		4%	$18,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	18									X									4%	$27,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	12																X		0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	18									X									6.96%	$48,500
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	12																X		0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	18									X									4%	$27,900

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LEONARDO GODOY PALENCIA identificado(a) con CC 1007596305

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	21	X																	4%	$32,500
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																	16%	$130,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	21	X																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	21	X																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	21	X																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	21	X																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																	6.96%	$56,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																	4%	$32,500

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE RAUL HERNANDEZ ROMERO identificado(a) con CC 79547116

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	21	X																4%	$40,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																16%	$163,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	21	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	21	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	21	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	21	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																6.96%	$70,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																4%	$40,800

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para GERARDO LIZARAZO ORDOÑEZ identificado(a) con CC 17495081

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$84,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$337,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$146,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$84,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CAROL TATIANA NIETO NIÑO identificado(a) con CC 1032424144

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$46,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$185,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$80,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUISA FERNANDA NOMEZQUI MEDINA identificado(a) con CC 1000984459

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	13	X																4%	$26,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	13	X																16%	$104,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	13	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	13	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	13	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	13	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	13	X																6.96%	$45,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	13	X																4%	$26,000

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ identificado(a) con CC 1000620154

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	28									X									4%	$43,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	2											X							4%	$3,100
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	28									X									16%	$173,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2											X							16%	$12,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	28									X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	2											X								$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	28									X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	2											X								$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	28									X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	28									X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	28									X									6.96%	$75,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	28									X									4%	$43,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2											X							0%	$0

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANDRES FELIPE RESTREPO CAGUA identificado(a) con CC 1000213615

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	16	X								X									4%	$24,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	5											X							4%	$7,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	16	X								X									16%	$99,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	5											X							16%	$31,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	16	X								X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	5											X								$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	16	X								X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	5											X								$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	16	X								X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	5											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	16	X								X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	5											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	16	X								X									6.96%	$43,100
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	5											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	16	X								X									4%	$24,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	5											X							0%	$0

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para FEDERICO RIOS SUZUNAGA identificado(a) con CC 1032477748

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																		4%	$46,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																		16%	$185,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																			$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																			$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																		0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																		0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																		0.522%	$6,100
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																		4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN CAMILO ROCHA DIAZ identificado(a) con CC 80076449

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$120,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$480,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$208,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$120,000

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JORGE LUIS RODRIGUEZ OLIVERA identificado(a) con CC 73550649

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	21	X																4%	$40,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																16%	$163,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	21	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	21	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	21	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	21	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																6.96%	$70,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	21	X																4%	$40,800

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JEISSON ALEXANDER SANCHEZ CASTIBLANCO identificado(a) con CC 1024515705

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$58,200
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$232,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$101,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$58,200

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE DAVID SANTANA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1007964327

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	CCFC55	CAJACOPI	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	23	X																4%	$35,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	23	X																16%	$142,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	23	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	23	X																	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	23	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	23	X																0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	23	X																6.96%	$61,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	23	X																4%	$35,600

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LEONARDO SARMIENTO AMORTEGUI identificado(a) con CC 80114877

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30									X									4%	$57,900
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30									X									16%	$231,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30									X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30									X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30									X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30									X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30									X									6.96%	$100,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30									X									4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JHORLEN SEBASTIAN SARRIA RACINES identificado(a) con CC 1062323601

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$46,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$185,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$80,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para WEIMAR ENRIQUE SASTOQUE VALENZUELA identificado(a) con CC 1032392157

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$76,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$304,000
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$132,300
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$76,000

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOHAN NICOLAS TENZA MELO identificado(a) con CC 1002728091

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30																	4%	$46,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	16%	$185,600
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																	0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	6.96%	$80,800
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																	4%	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

Certificados de Aportes

Se certifica que AIKA HUMANA EST SAS identificado(a) con NI 900801942 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JHON STEVEN TORRES CAGUA identificado(a) con CC 1023973618

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	2											X							4%	$3,100
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	14		X							X									4%	$21,700
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2											X							16%	$12,400
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	14		X							X									16%	$86,700
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	2											X								$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	14		X							X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	2											X								$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	14		X							X										$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	14		X							X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	14		X							X									0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	14		X							X									6.96%	$37,700
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	2											X							0%	$0
9452173320	2129480541	E	2023-06-09	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	14		X							X									4%	$23,200

Este certificado se expide el día 2023-06-09 a las 05:07.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-06-07, 03:18:37 p.m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 48965454

Periodo Cotización 202306 **Periodo Servicio** 202306

PAGADA 2023-06-07 03:16:02.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR VILLAGRAN				
Documento	CC 80452768	**Dirección**	CRA 5 #2-25		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115916480		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80452768		Residente		Exonerado		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					VILLAGRAN BARRANTES VICTOR JULIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días	Días	Días	Días							**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras.EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
X															0	30	30	30	0			$ 1.160.000	230301		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	5	6.960 %	$ 1.160.000	$ 80.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	CAPITAL SALUD EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ANEXO SST-16. AFILIACIONES PERSONALES DE INGRESO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LINA MARCELA OSPINA CASTAÑO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1151957748** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1151957748
NOMBRES Y APELLIDOS	LINA MARCELA OSPINA CASTAÑO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	17/06/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	305
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	NI 901244795 CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS DESDE 27/04/2020

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **06/06/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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	1048942540
NOMBRES	JESUS ANTONIO
APELLIDOS	PEREIRA PACHECO
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/25/2023 16:09:18	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

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018440959
NOMBRES Y APELLIDOS	Salgado Avila,Pedro Camilo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	31/08/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Salgado Avila,Pedro Camilo, a los 18 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDER ROLANDO RODRIGUEZ SALAMANCA identificado(a) con CC 11355387 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	19/01/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 06 días del mes junio del 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010377953	0|7|0|6|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PINTO Primer apellido	CORCHO Segundo apellido	JOSE Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	8189350	Femenino ☐ Masculino ☒	3|1|0|1|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	1160000

18.Residencia

CL 80 A SUR NUMERO 21 87 **Dirección**	3928603 **Telefono fijo**	3114933758 **Telefono celular**	JOSEPINTO@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS ENSUENO - VS ENSUENO	VSCANDEL - VSCANDEL
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)
PAVIMENTOS RODALM SAS	NIT	901490968	01

39.Ubicación

CR 77P BIS 55 SUR 04 AP 101 Dirección	3928603 Teleéfono	LILYLEON96@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010377953

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|7|0|6|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Bogotá, Junio 6 de 2023

Señor:
LEON DELGADO CAMILO ANDRES
CC. 1023887320
CALLE39DSUR 943 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 31 de 2021. 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
LEON DELGADO CAMILO ANDRES	1023887320	C	Mar-31-2021	21	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	1023887320	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

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

compensar | eps salud

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

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

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

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
Jozano	Rodriguez	Daniel	Esteban

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1030533746
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 17 01 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sura
16. Administradora de pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1160.000
18. Residencia: Departamento: Cundinamarca. Municipio: Bogotá. Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

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

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Tijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: Pavimentos Roldan sas
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901490968
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cl 77 F 1t 55-17. Bogotá Cund.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Edad: 07 06 2023
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código [ ]
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Daniel Jozano

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [X]
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 jurada por el cotizante sobre la ausencia de los padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o su orden 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: 07 JUN. 2023
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad [ ] | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

Cód. 144 Diana Rodriguez C.
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersubsidio

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** 0 5 0 6 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite
A. Afiliación
B. Reporte de Novedades ✔

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ✔ • Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio

3. Régimen
A. Contributivo ✔
B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✔ B. Cabeza de familia C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ✔ B. Independiente C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS) 1

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
BARAJAS	ROJAS	CARLOS	HUMBERTO

7. Tipo de documento de identidad CC
8. Número de documento de identidad 79544681
9. Sexo Femenino Masculino ✔
10. Fecha de nacimiento 1 8 1 0 1 9 7 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad Tipo Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA
16. Administradora de pensiones PROTECCION
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000
18. Residencia CL 73 17 52 — 3224102612
CB322009@gmail.com — BTA — Zona Urbana ✔ Rural — BTA

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

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

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M T P	Condición	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

Cot.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B		1155
B		
B		

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

35. Nombre o razón social CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
36. Tipo de documento de identificación CC
37. Número del documento de identificación 79.209.739
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CR 89 D BIS 43 - 60 — 2667429 — seguridadsocialcjgm@gmail.co — BTA — BTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | **Número de documento de identidad** | **Sexo** Femenino Masculino | **Fecha de nacimiento** | **42. Fecha** 0 5 0 6 2 0 2 3

43. EPS anterior | **44. Motivo de traslado** Código | **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Carlos Barajas — Damaris Segarra

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo de conformación de las autoridades competentes en el que conste la calidad de beneficiario o de cabeza de familia 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 05 JUN 2023
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | **Número de documento de identidad**
71. Firma del funcionario Cod. 283 Edwin Loaiza G. SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: APORTE JUNIO

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

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

Firma del afiliado (cotizante): Carlos Barajas

No. Identificación: 79.544.681

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

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

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar:

Identificación:

05 JUN 2023

Cod. 283 Edwin Loaiza G.
SUJETO A VERIFICACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (cotizante): Carlos Barajas

No. Identificación: 79.544.681

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Registro de Novedad ☑
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Grupo Familiar ☐ C. Institucional ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Usuario: A. Cotizante ☑ B. Cotizante de Pensión ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
6. Código asignado por la EPS: ☐

II. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o causante del beneficiario)

8. Apellidos y nombres completos: OYOLA | VELASQUEZ | ELIAS
9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1.024.502.797
11. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☑
12. Fecha de nacimiento: 10 04 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos opcionales

13. Etnia:
14. Discapacidad: Tipo [ ] Nivel [ ]
15. Puntaje SISBEN:
16. Grupo de población especial:
17. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura ART
18. Administradora de Pensiones: Proteccion
19. Ingreso mensual: $1.160.000
20. Residencia: Trans. 73 Bis 69-20 | 3229061684 | 3209942380 | margaritagoyola@hotmail.com
21. Municipio: Bogota | Zona: U ☐ R ☐ | Localidad: Candelaria

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

22. Apellidos y nombres completos
23. Tipo documento de identidad
24. Número de documento de identidad
25. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
26. Fecha de nacimiento

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

27. Apellidos y nombres completos

01							
02							
03							
04							
05							

	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo: Femenino	Masculino	31. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	32. Parentesco	33. Etnia	34. Discapacidad: Tipo	Nivel	Condición
01					
02					
03					
04					
05					

	35. Datos de residencia	Urbana	Rural	Municipio	Departamento	36. Valor de la UPC adicional
01						
02						
03						
04						
05						

6 JUN 2023

RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN NI CONFORMIDAD

Selección de la IPS primaria

37. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS

a		
b		
c		
d		

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

38. Nombre o razón social: Carlos Julio Gutierrez Muñoz
39. Tipo de documento de identificación: CC
40. Número del documento de identificación: 79.209.739
41. Tipo de aportante o pagador a pensiones
42. Ubicación: Cra 80 DBis 43-60 | 3102053565 | seguridadsocial.cjgm@gmail.com | Bogota | C/marca

Powered by CamScanner

capitalsalud

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 [ ]
- [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 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.
- [ ] 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
OYOLA	VELASQUEZ	ELIAS	

Tipo de documento de identidad	Número de identificación de la persona	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha de afiliación
CC	1.024.502.799	Femenino [ ] Masculino [x]	10 04 1990	05 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de evidencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Otros
Elias Oyola V	Carlos J. Gutierrez

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
56. Copia del registro civil de nacimiento, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.								
57. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.								
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.								
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.								
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.								
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.								
62. 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.								

Total [ ]

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 valida la afiliación

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 de este formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Powered by CamScanner

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	1122679373
NOMBRES	JHON DARWIN
APELLIDOS	OLAYA LEAL
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/04/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/24/2023 10:19:07	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

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	1051954914
NOMBRES	JOSE REYES
APELLIDOS	SANCHEZ 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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/24/2023 10:24:36	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010056565
9010056565

No. de Radicación: 26217836
Fecha de Radicación: 19 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ESCOBAR	LEAL	JULIAN	ALEXIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1019074234	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 12 M M 08 A A A A 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
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$2.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	NT	813008120	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KRA 6 12 59	8715040		NEIVA	HUILA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 19 M M 05 A A 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] 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: INSPECTOR DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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	1020794536
NOMBRES	PEDRO YECID
APELLIDOS	RODRIGUEZ 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	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	30/08/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/24/2023 10:19:40	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GERMAN GUARIN PEÑA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19491434,** se encuentra afiliado/a desde **18/11/1986** 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 31 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CAS CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS
Identificada con NT No. 901468952

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 6500000008403, a partir del 18 de Mayo del año 2023.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	19491434	GERMAN GUARIN PEÑA	CAS CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS	5	6.96%	01/06/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Mayo del año 2023.



Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000879 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19491434
NOMBRES Y APELLIDOS	German Guarin Peña
TIPO DE AFILIADO	Dependiente
TIPO DE TRABAJADOR	N/a
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide, a los 31 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Medellín, 23 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033704141	BONILLA URREA CARLOS ANDRES	24/05/2023		15814218	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 23/05/2023 10:46:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 192.230.86.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 19 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C19435826	URREA RODRIGUEZ EDGAR ANTONIO	18/03/2023		19317724	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190950862313935978

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 19/05/2023 09:59:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 19 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1101444474	JULIO BERRIO FREDDY	10/05/2023		10124272	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190950862313955998

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 19/05/2023 15:33:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 19 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1052948592	PEREZ CARDONA JOHN CARLOS	10/05/2023		143173Qz	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190950862313957810

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 19/05/2023 16:03:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 13 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C19444925	CELIS FETECUA JUAN RAFAEL	09/06/2023		07135181	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190950862316462974

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/06/2023 17:29:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 02 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1030675678	HERNANDEZ PINZON KEVIN ALBERTO	03/06/2023		35149166	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/06/2023 11:26:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 02 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193214354	PERDOMO NOGUERA OSCAR OSWALDO	03/06/2023		207254N1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/06/2023 13:05:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 13 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1019099541	MOTTA PEÑUELA YONATAN YESID	18/03/2023		t2114015	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190950862316466644

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/06/2023 18:30:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.58, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Abril 14 de 2023

Señor:
OSPINA HERNANDEZ LUIS GABRIEL
CC. 79994066
CL 50 5N 83 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 16 de 2012. 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
OSPINA PIRAMANRIQUE ESTEFANIA	1012330695	T	May-16-2012	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	May-16-2012	Anulación por TDA negados	Ninguna
OSPINA HERNANDEZ LUIS GABRIEL	79994066	C	May-16-2012	53	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
OSPINA HERNANDEZ LUIS GABRIEL	79994066	Trabajador Independiente	CERRADO
ARQUITECTURA Y DISENO MODULAR S A S	79994066	Dependiente	VIGENTE
CORPORACION DE ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRALES	79994066	Dependiente	CERRADO
DISENO Y ESPACIO OPERACIONAL SAS	79994066	Dependiente	CERRADO
IMALAR LTDA	79994066	Dependiente	CERRADO
OSPINA HERNANDEZ LUIS GABRIEL	79994066	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

Bogotá, Abril 14 de 2023

Señor:
OSPINA HERNANDEZ ERNESTO JAVIER
CC. 80138312
MZ 4 CA 22 BRR GUADUALES - 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 Febrero 6 de 2009. 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
OSPINA HERRERA LIZ DANIELA	1012333712	T	Feb-6-2009	646	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
HERRERA OBANDO LILIBETH ASTRID	1012341789	C	Feb-6-2009	646	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
OSPINA HERRERA EVELYN CAMILA	1091206140	T	Feb-20-2014	451	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
OSPINA HERNANDEZ ERNESTO JAVIER	80138312	C	Feb-6-2009	640	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SALAMANCA OLIVERA PILAR	85020640877	T	Ago-9-2000	114	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Jun-1-2003	Desafiliado por Retiro laboral (4 meses)	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR S A S	80138312	Dependiente	VIGENTE
CORPORACION DE ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRALES	80138312	Dependiente	CERRADO
DISEÑO Y ESPACIO OPERACIONAL SAS	80138312	Dependiente	CERRADO
IMALAR LTDA	80138312	Dependiente	CERRADO
IMALAR LTDA	80138312	Dependiente	CERRADO
IMALAR LTDA	80138312	Dependiente	CERRADO
IMALAR LTDA	80138312	Dependiente	CERRADO
IMALAR LTDA	80138312	Dependiente	CERRADO
OSPINA HERNANDEZ ERNESTO JAVIER	80138312	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación,

siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Medellín, 24 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1006878412	MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO	19/04/2023		15811901	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8016522723114359 88

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/04/2023 09:59:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 198.143.41.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 27 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024579776	DEVIA BONILLA JHONATAN ALEXIS	28/04/2023		4159205Y	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 27/04/2023 13:26:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 198.143.41.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS identificado(a) con CC 1105791400 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	17/07/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 17 días del mes marzo del 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LIBARDO RICAURTE RAMIREZ identificado(a) con CC 14320293 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2005
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 17 días del mes marzo del 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

DAVID ARMANDO PEREZ TORO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.969.715**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILO ANDRES CASTIBLANCO CALLEJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.968.166**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KATHERINE HURTADO MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.540.575**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALBERTO CUESTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19190037,** se encuentra afiliado/a desde **11/01/1972** 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 23 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NOMEZQUI MEDINA LUISA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.000.984.459** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de enero de 2022 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 15 de mayo de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305152025

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDGAR ENRIQUE SASTOQUE DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79410931,** se encuentra afiliado/a desde **19/03/1986** 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 29 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZABALA QUICENO ANDRES DANILO** identificado(a) con **CC** número **1.120.382.369** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de septiembre de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGIE VANESSA MESA CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1022984538,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de mayo de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000212989	NAVARRETE BOLIVAR CAMILO ANDRES	10/06/2023		20032158	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:24:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1032362568	CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO	10/06/2023		740192g9	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:14:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre		Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001	PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase:	5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C18222071	ESCARRAGA	CESAR ERNESTO	07/06/2023		I2641452	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 06/06/2023 09:02:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033694434	GOMEZ CASTILLO DEIVER ENRIQUE	10/06/2023		52051972	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:21:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 06 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96%	
C1024480567	BARAJAS FARFAN DIANA PATRICIA	31/05/2023		22859512	COTIZANTE DEPENDIENTE DE EMPLEO DE EMERGENCIA CON DURACIÓN MENOR A UN MES	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10244805672315755981

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 06/06/2023 15:33:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000212989	NAVARRETE BOLIVAR CAMILO ANDRES	10/06/2023		20032158	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:24:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1032362568	CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO	10/06/2023		740192g9	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:14:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033694434	GOMEZ CASTILLO DEIVER ENRIQUE	10/06/2023		52051972	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:21:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79746731	PRIETO GALEANO JHON JAIRO	10/06/2023		14516722	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:18:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79746731	PRIETO GALEANO JHON JAIRO	10/06/2023		14516722	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/06/2023 10:18:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023866535	PRIETO ZAMUDIO ANDERSON STEVEN	07/06/2023		228227Wt	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 06/06/2023 09:04:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 31 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C5837347	GORDILLO LARIOS PABLO EMILIO	01/06/2023		47216125	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 31/05/2023 06:56:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.147.112, 198.143.41.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de may de 2023

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

CERTIFICA:

Que CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ identificado(a) con permiso prot temp 6441647 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 30/05/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

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

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

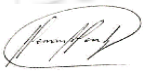
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

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

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/05/2023 8.58 PM

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

EDGAR ANTONIO URREA RODRIGUEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **19.435.826** se le aprobó la **SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL** a partir del 13 de Marzo de 2023 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de .

La presente certificación se expide el 19 de mayo de 2023.

Cordialmente,



_____

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).

La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.

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:

KEVIN ALBERTO HERNANDEZ PINZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.675.678**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PERDOMO NOGUERA OSCAR OSWALDO** identificado(a) con **CC** número **1.193.214.354** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de octubre de 2021 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 02 de junio de 2023.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306021249

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CARLOS ANDRES BONILLA URREA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.704.141**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CELIS FETECUA JUAN RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **19.444.925** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306030823

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS GABRIEL OSPINA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.994.066**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ERNESTO JAVIER OSPINA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.138.312**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PABLO EMILIO GORDILLO LARIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5837347,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2010** 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 31 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARAJAS FARFAN DIANA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **1.024.480.567** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2013 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 06 de junio de 2023.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306061500

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NAVARRETE BOLIVAR CAMILO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.000.212.989** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306080051

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **1.032.362.568** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023060801172

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:

CESAR ERNESTO ESCARRAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.222.071**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.694.434**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NAVARRETE BOLIVAR CAMILO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.000.212.989** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306080051

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **1.032.362.568** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023060801172

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.694.434**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PRIETO ZAMUDIO ANDERSON STEVEN** identificado(a) con **CC** número **1.023.866.535** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de junio de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306051843

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.105.791.400**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RICAURTE RAMIREZ LIBARDO** identificado(a) con **CC** número **14.320.293** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 1999 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de marzo de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023031711313

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEÑA SANCHEZ CARLOS JAVIER** identificado(a) con **PT** número **6.441.647** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de diciembre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de mayo de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305291740

Medellín, 31 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 0000000020 - GLOBAL BOGOTA 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1022984538	MESA CASTRO ANGIE VANESSA	02/06/2023		52344524	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652315162098

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/05/2023 17:14:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1067969715	PEREZ TORO DAVID ARMANDO	16/06/2023		23542011	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/06/2023 12:42:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 18 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023968166	CASTIBLANCO CALLEJAS CAMILO ANDRES	23/05/2023		24912316	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 18/05/2023 14:34:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 18 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - AIKA ADMON 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1110540575	HURTADO MORENO KATHERINE	17/05/2023		12172461	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10325056652313853834

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 18/05/2023 14:57:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 192.230.86.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19190037	CUESTA LUIS ALBERTO	26/05/2023		41913524	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 24/05/2023 09:23:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 16 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000984459	NOMEZQUI MEDINA LUISA FERNANDA	18/05/2023		45242441	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 16/05/2023 16:43:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AIKA SOLUCIONES OUTSOURCING SAS, en el centro de trabajo 0000689000 - GLOBAL NEIVA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79410931	SASTOQUE DIAZ EDGAR ENRRIQUE	08/05/2023		U169J161	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10102156822314946440

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/05/2023 12:54:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 30 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIKA HUMANA EST SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	1000000123 COMET GROUP BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1120382369	ZABALA QUICENO ANDRES DANILO	01/06/2023		28129186	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 30/05/2023 17:15:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.198.247, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LINA MARCELA OSPINA CASTAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.151.957.748**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 06 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREIRA PACHECO JESUS ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **1.048.942.540** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de octubre 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 25 de mayo de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305251610

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PEDRO CAMILO SALGADO AVILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1018440959,** se encuentra afiliado/a desde **06/04/2013** 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 25 de mayo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

EDER ROLANDO RODRIGUEZ SALAMANCA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.355.387**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINTO CORCHO JOSE ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **8.189.350** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306071037

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CAMILO ANDRES LEON DELGADO identificado(a) con C.C No. 1.023.887.320, 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 06 de junio del 2023.

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

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

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

Fondo de Pensiones Obligatorias

Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

N°

PERZONA A

Ciudad

Fecha de Solicitud de Afiliación 2023 0607

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial

Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, ISS o Caja y desea vincularse a Porvenir.

Pensiones Obligatorias

Traslado de AFP

Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)

Entidad Origen Traslado Pensión Familiar

Traslado de Régimen

(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, el ISS o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)

Entidad Origen del Traslado Pensión Familiar

2. Datos Básicos

Tipo de Documento C.C T.I C.E PAS R.C C.D

N° de Documento de Identidad 1030533746

Fecha de Expedición del Documento de Identidad

Lugar de Expedición

Género M F

Es Pensionado (Jubilado) SI NO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Jorano	Rodriguez	Daniel	Esteban

Fecha de Nacimiento 2005 01 17

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad Colombiana Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia

Barrio

Ciudad/Municipio Bogota

Departamento Cundinamarca

N° de Teléfono Fijo

N° de Teléfono Celular

Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento NIT C.C C.E PAS T.I

N° de Documento de Identidad 901490968

Nombre y/o Razón Social Pavimentos Polpan SAS

Ciudad Bogota

Departamento Cundinamarca

Ocupación o Cargo Actual Ayudante

Salario o Ingreso Mensual $ 1160.000

y/o Salario Integral $

Envío de Notificación

Sucursal Principal

Sucursal Ciudad

Tipo de Trabajador

Independiente Contratista

Dependiente

Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco

6. Clientes Considerados PEP S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO

¿Es Reconocido Públicamente? SI NO

Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado al ISS, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas.

Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO

8. Regimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150%.

- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

Autorización Tratamiento Datos Personales

"Ley de Protección de Datos 1581 de 2012 - Decreto 1377 de 2013"

1. **DECLARACIONES.** Declaro que he sido informado: (i.) Que la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., Nit. 800.144.331-3, en adelante PORVENIR, con domicilio principal en la Carrera 13 No. 26 A – 65 de Bogotá, para efectos de lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y demás normas que lo adicionen o modifiquen relativas a la Protección de Datos Personales, es responsable del tratamiento de los datos personales que le he suministrado. (ii.) Que para el ejercicio de mis derechos relacionados con mis datos personales, PORVENIR ha puesto a mi disposición la Línea de Servicio al Cliente: 01 8000 51 0800; a través del correo electrónico porvenir@en-contacto.co; la Defensoría del Consumidor Financiero secretaria@defensoriadelclientefp.org.co. En todo caso, he sido informado que solo podré elevar queja por infracciones a lo dispuesto en las normas sobre Protección de Datos ante la Superintendencia de Industria y Comercio una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante PORVENIR o sus encargados. Conozco que la normatividad de Protección de Datos Personales tiene por objeto el desarrollo del derecho constitucional de todas las personas a conocer, actualizar y rectificar de forma gratuita la información que se recaude sobre ellas en bases de datos o archivos, y los derechos, libertades y garantías a los que se refieren el artículo 15 y 20 de la Constitución Política de Colombia. En desarrollo de lo anterior, he sido informado de mis derechos frente al tratamiento de mis datos personales, incluyendo de manera enunciativa los de: (i.) Conocer el uso que se le dará a los mismos. (ii.) Solicitar prueba de la autorización otorgada a PORVENIR salvo cuando sea de carácter legal. (iii.) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. (iv.) Conocer el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando versen sobre datos sensibles, entendidos estos como aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación o, sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes. Todo lo anterior consta en las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de PORVENIR, las cuales se encuentran a disposición en la página de internet de PORVENIR: www.porvenir.com.co.

RECIBIDO ESTUDIO

2. **AUTORIZACIONES.** Autorizo a PORVENIR y a su matriz, filiales, subsidiarias, a las filiales y subsidiarias de sus matrices, a ASOFONDOS y a las demás personas que se mencionan a continuación (Entidades Autorizadas) en su condición de responsables y encargados, a la recolección y al Tratamiento de mis Datos Personales y sensibles, lo cual incluye el Dato, el almacenamiento, la actualización, el uso, la circulación, la transferencia, transmisión y supresión, para los siguientes fines: a. Para que PORVENIR pueda dar cumplimiento a sus obligaciones y ejercer los derechos, y en general, desarrollar las actividades propias de su objeto social principal y conexo, incluyendo actividades de mercadeo y promoción de sus productos, que pueden ser adelantadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes se compartirá mi información personal, tales como ASOFONDOS, los operadores de información, administradoras de fondos de pensiones y/o empresas en las que PORVENIR se apoye para la prestación de sus servicios. b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de otros servicios propios de venta cruzada de los clientes o de terceros con quienes PORVENIR haya celebrado alianzas comerciales o productos relacionados con el sistema financiero, bursátil y asegurador, conforme el Decreto 2555 de 2010, las cuales pueden ser adelantadas directamente por PORVENIR o con el apoyo de terceros contratados con este propósito por PORVENIR, con quienes se compartirá mi información personal, quienes deberán cumplir con los deberes establecidos para los encargados del Tratamiento. c. Para que con fines propios del objeto social de las Entidades Autorizadas, estadísticos, comerciales y de control de riesgos, éstas puedan consultar y/o reportar a las siguientes clases de bases de datos de información: (i.) Personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil. (ii.) Financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACREDITO, esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii.) en general a aquellos archivos de información pública y privada, tal como el Registro Único de Afiliados – RUAF. d. Para compartir mis Datos Personales, con autoridades extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se iden ficó que **JESUS ANTONIO PEREIRA PACHECO** con **CC** No. **1048942540**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900584112 - COMERCIALIZADORA PJS S.A.S	**Fecha de úlma cobertura:** 13/09/2022 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** OPERADOR **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015487521.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **PEDRO CAMILO SALGADO AVILA** con **CC** No. **1018440959**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900584112 - COMERCIALIZADORA PJS S.A.S	**Fecha de úlma cobertura:** 31/05/2014 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** OTRAS OCUPACIONES **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015375736.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 06 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de APOYO Y SERVICIOS EJE SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%	
C11355387	RODRIGUEZ SALAMANCA EDER ROLANDO	23/02/2023		d4563c64	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C113553872315775260

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 06/06/2023 20:54:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.60.158, 198.143.41.47, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 07 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PAVIMENTOS RODALM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C8189350	PINTO CORCHO JOSE ANTONIO	08/06/2023		bR129620	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 07/06/2023 10:38:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.6.119, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 07 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PAVIMENTOS RODALM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1030533746	LOZANO RODRIGUEZ DANIEL ESTEBAN	08/06/2023		24241z17	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 07/06/2023 10:41:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.6.119, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 04 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79544681	BARAJAS ROJAS CARLOS HUMBERTO	05/06/2023		207b3238	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 04/06/2023 23:24:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.154.119, 192.230.86.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 04 de June de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024502797	OYOLA VELASQUEZ ELIAS	05/06/2023		24420525	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 04/06/2023 23:20:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.154.119, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 5 de Junio de 2,023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/6/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 79544681
Nombres y Apellidos	CARLOS HUMBERTO BARAJAS ROJAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 79209739
Razón Social Empleador	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	5/6/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	5/6/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

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

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ANDRES SANCHEZ MENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.130.906**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000875 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80130906
NOMBRES Y APELLIDO	Carlos Andres Sanchez Mendez
TIPO DE AFILIADO	Dependiente
TIPO DE TRABAJADOR	N/a
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/08/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide, a los 03 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Identificada con NT No. 813008120

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666937904, a partir del 01 de Febrero del año 2020.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1030644038	CRISTIAN CAMILO MARTINEZ RODRIGUEZ	OPERATIVO 2	5	6.96%	15/05/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Mayo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010002096
9010002096

No. de Radicación: 26127015
Fecha de Radicación: 03 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: LIZCANO	Segundo Apellido: PEREZ	Primer Nombre: JUAN	Segundo Nombre: CARLOS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79614755	Femenino [ ] Masculino [X]	D 08 D M 12 M A A 1972 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$3.000.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA ESTRUCTURAL Y	NT	900262339	

39. Ubicación				
TRAV 24 54 31 OFC 405	8053344	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 02 D M 05 M A 2023 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: SUPERVISOR DE PATIO

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Bogota 01.06.2023

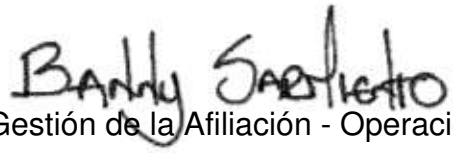
Señores,
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA - NI 813008120
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2023-06-01 con numero de radicado3877230 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 3877230

Keralty

Miguel Angel BERNAL SOLORZANO <miabernal@epssanitas.com>

AFILIACION EPS SANITAS - PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA- NIT:813.008.120-1
1 mensaje

Natalia Andrea Cortes Barrios <asistenteth.idrd@profesionalesasociadosltda.com> 1 de junio de 2023, 09:42
Para: Miguel Angel BERNAL SOLORZANO <miabernal@epssanitas.com>
CC: Diana Bermudez <diana.bermudez@profesionalesasociadosltda.com>

Buen dia Miguel,

Solicito de su colaboración en realizar la afiliación de la Srta. LEIDY ESMERALDA CASTRO NIETO En mención, te relaciono los datos a continuación.

EMPLEADOR:

• NIT: 813.008.120-1

• RAZON SOCIAL: PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.

COTIZANTE: LEIDY ESMERALDA CASTRO NIETO

• NUMERO DE DOCUMENTO: 1.012.328.912 DE BOGOTÁ.

• NOMBRE COMPLETO: LEIDY ESMERALDA CASTRO NIETO

• DIRECCION: CRA 76C # 60B-62 SUR

• CIUDAD: BOGOTÁ.

• TELÉFONO: 3156830252

• SALARIO: $2.500.000

• FECHA DE INGRESO: 01/06/2023

• CORREO: leca2814@hotmail.com

Adjunto la cedula del trabajador, por favor incluir a los beneficiarios.

Cordialmente,

Natalia Andrea Cortes Barrios

Asistente Talento Humano

Calle 104 No. 14 A – 45 Oficina 401.

Edificio Centro Empresarial 104 - Bogotá D.C (Colombia)

Cel. (057) 000 0000000

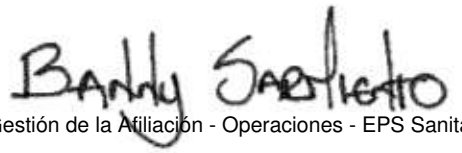
Tel: (057 + 1) 215 0482 - 637 1065 Ext.110

https://profesionalesasociadosltda.com/

Práctica las Tres (R) Recicla, Reutiliza, Reduce

Esta comunicación contiene información que es confidencial y también puede contener información privilegiada de **PROFESIONALES ASOCIADOS.** Es para uso exclusivo del destinatario/s. Si usted no es el destinatario/s tenga en cuenta que cualquier distribución, copia o uso de esta comunicación o la información que contiene está estrictamente prohibida. Si usted ha recibido esta comunicación por error por favor notifíquelo por correo electrónico o por teléfono al remitente. Absténgase de realizar distribución, copia o divulgación, cualquier tratamiento de este correo se encuentra prohibido y sancionado por las leyes aplicables

Cedula Leidy Castro.pdf
54K



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CRISTIAN CAMILO MARTINEZ RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1030644038**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030644038
NOMBRES Y APELLIDOS	CRISTIAN CAMILO MARTINEZ RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	13/07/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1252
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	46
EMPLEADOR(ES)	CC 1030644038 CRISTIAN MARTINEZ DESDE 22/08/2022, NI 813008120 PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA DESDE 15/05/2023

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **15/05/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Identificada con NT No. 813008120

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666937904, a partir del 01 de Febrero del año 2023.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1019074234	JULIAN ALEXIS ESCOBAR LEAL	OPERATIVO 2	5	6.96%	19/05/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 18 de Mayo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO MARTINEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.644.038**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se iden ficó que **JOSE DANIEL HERRERA MANCERA** con **CC** No. **11187399**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 04/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** SOLDADOR ARMADOR **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015375250.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **DUGLAS DE JESUS CANCHILA HERRERA** con **CC** No. **1063280270**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 04/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** SOLDADOR ARMADOR **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015419568.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **EDUARDO GOMEZ GUERRERO** con **CC** No. **79908575**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 19/03/2009 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** DIERECTORES Y GERENTES GENERALES DE EMPRESAS PRIVADAS **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015504113.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **JAVIER ANDRES ESCOBAR PINTOR** con **CC** No. **1026558978**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 16/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INGENIEROS CIVILES, INGENIEROS DE TRANSPORTE Y AFINES **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015556887.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **JOHN ERICK OSPINA ROMERO** con **CC** No. **1001276813**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 04/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ARMADOR ESTRUCTURAS ACERO **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015473129.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **JORGE FACEDT VANEGAS MEDINA** con **CC** No. **12629394**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 11/04/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** SOLDADOR **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015498718.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se idenfi có que **JUAN CARLOS LIZCANO PEREZ** con **CC** No. **79614755**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 900262339 - INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	**Fecha de úlma cobertura:** 03/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** SOLDADOR ARMADOR **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emid a en este cerfi cado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015420042.

Esta cerfi cación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/05/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900262339	**Cédula Usuario:**	CC 79908575
Nombre:	INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA				
Dirección:	CL 22BIS 42 20				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	JARISMENDI@IESTRUCTURAS.COM				
Teléfono:	3114748866		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5251101 FABRICACION DE PRODUCTOS METALICOS PARA USO ESTRUCTURAL, INCLUYE LA FABRICACION, ERECCION O MONTAJE DE ESTRUCTURAS METALICAS Y CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS DE METAL A PARTIR DE PIEZAS DE FABRICACION PROPIA; LA FABRICACION DE EDIFICACIONES Y COMPONENTES PREFABRICADOS EN METAL (EJ: CASETAS DE OBRA, OFICINAS, BODEGAS, HANGARES, ELEMENTOS MODULARES PARA EXPOSICIONES, ENTRE OTROS); ESTRUCTURAS METALICAS O ARMAZONES, PARTES DE ESTRUCTURAS METALICAS, ELABORADAS DE ACERO Y PRODUCTOS SIMILARES TALES COMO PUENTES Y SECCIONES DE PUENTES, TORRES, POR EJEMPLO, PARA LA EXTRACCION EN POZOS DE MINAS, TORRES ELECTRICAS, ENTRE OTR				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79908575	EDUARDO GOMEZ GUERRERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	139	17/05/2023	CC 1022927292	PEÑUELA COLMENARES LIBARDO	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.

MES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

EB829B1A2EC5C9D2FF4D87D5E6660CFC Certificado impreso el día 5/16/2023 9:34:15 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

LIBARDO
PEÑUELA COLMENARES
1022927292

INGENIERIA ESTRUTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA
900262339

Este carné es personal e intransferible.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DUGLAS DE JESUS CANCHILA HERRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.280.270**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VANEGAS MEDINA JORGE FACEDT** identificado(a) con **CC** número **12.629.394** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de octubre de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023053112183

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LIZCANO PEREZ JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **79.614.755** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 1999 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023053112201

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010002110
9010002110

No. de Radicación: 26127037

Fecha de Radicación: 03 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: HERRERA	Segundo Apellido: MANCERA	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: DANIEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11187399	Femenino [ ] Masculino [X]	D 21 D M 08 M A A 1971 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.330.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA ESTRUCTURAL Y	NT	900262339	

39. Ubicación				
TRAV 24 54 31 OFC 405	8053344	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 02 D M 05 M A 2023 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: SUPERVISOR DE PATIO

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010206733	0|3|0|5|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **B.** Colectiva ☐ — **A.** Individual: **B.** Institucional ☐ — -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **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			
CANCHILA Primer apellido	HERRERA Segundo apellido	DUGLAS Primer nombre	DE JESUS Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1063280270	Femenino ☐ Masculino ☒	1|6|0|3|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COLFONDOS	1700000

18.Residencia

CR 93 52 S 25 **Dirección**	**Telefono fijo**	3104505610 **Telefono celular**	AVILEZNEGRETE@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		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)
INGENERIA ESTRUCTURAL Y CONSTRUCCIONES LTDA	NIT	900262339	01

39.Ubicación				
KM 5 VIA SUBA CTA FCA SANTA ANA Dirección	8053344 Teleéfono	JARISMENDI@IESTRUCTURAS.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010206733

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|0|5|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHN ERICK OSPINA ROMERO identificado(a) con CC. 1001276813 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2021/12/22**
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 24 días del mes de 05 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009931526
9009931526

No. de Radicación: 25967596

Fecha de Radicación: 12 04 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: VANEGAS	Segundo Apellido: MEDINA	Primer Nombre: JORGE	Segundo Nombre: FACEDT

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	12629394	Femenino [ ] Masculino [X]	D 07 D M 12 M A 1974 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.999.999	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA ESTRUCTURAL Y	NT	900262339	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
TRAV 24 54 31 OFC 405	8053344		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 10 D M 04 M A 2023 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

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

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010043842
9010043842

No. de Radicación: 26196704

Fecha de Radicación: 16 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: PEÑUELA	Segundo Apellido: COLMENARES	Primer Nombre: LIBARDO	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1022927292	Femenino [ ] Masculino [X]	D 03 M 08 A 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.500.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA ESTRUCTURAL Y	NT	900262339	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
TRAV 24 54 31 OFC 405	8053344		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 16 D M 05 M A 2023 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

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

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VANEGAS MEDINA JORGE FACEDT** identificado(a) con **CC** número **12.629.394** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de octubre de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20230410225804

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEÑUELA COLMENARES LIBARDO** identificado(a) con **CC** número **1.022.927.292** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de julio de 2005 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 31 de mayo de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023053112231

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:

JOHN ERICK OSPINA ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.276.813**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Identificada con NT No. 813008120

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666937904, a partir del 01 de Febrero del año 2023.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1012328912	LEIDY ESMERALDA CASTRO NIETO	OPERATIVO 2	5	6.96%	01/06/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Mayo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIAN ALEXIS ESCOBAR LEAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.074.234**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEIDY ESMERALDA CASTRO NIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.328.912**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009916858
9009916858

No. de Radicación: 25946859

Fecha de Radicación: 05 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]		C. 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: URREA	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: EDGAR	Segundo Nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19435826	Femenino [ ] Masculino [X]	D 15 D M 01 M A 1961 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.800.000	CARRERA 51 129 13 PRADO VERANIEGO RTE EDIFICIO APTO 402	Teléfono fijo: NT	Teléfono celular	
Correo electrónico: edgarantoniourrearodriguez@yahoo.com	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento: DISTRITO CAPITAL

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

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

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

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

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

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

	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		
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)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NT	901503062	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 53 128 B 34	3058153788		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ] [ ]	D D M M A A A A	16 03 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	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: MAESTRO DE OBRA

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

PORTIGO S.A. NIT 860.513.452 - 8 TEL. (1)624 30 09

07/2016

INTERNET

Fui Complementario

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009916858

9009916858

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos EDGAR ANTONIO URREA RODRIGUEZ
Identificación: CC 19435826

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos EDGAR ANTONIO URREA RODRIGUEZ
Identificación: CC 19435826

"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

BOGOTA, Mayo 19 de 2023

Señor:
JULIO BERRIO FREDDY
CC. 1101444474
CL 138 152 19 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 4 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
JULIO BERRIO FREDDY	1101444474	C	May-4-2011	336	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GOMEZ GUTIERREZ MILENIS	1101445907	C	Abr-11-2014	113	0	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Jul-9-2016	Exclusion Beneficiario	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
ALIADOS LABORALES SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
AMAYA OTALVARO CONSTRUCCIONES SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
ANTARTIK GROUP RD CONSTRUCCIONES SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONCRETAL INGENIERIA INTEGRAL SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
PILASTRO INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
SANCHEZ FRANCISCO	1101444474	Dependiente	CERRADO
SERNA TORRES INGENIERIA Y ARQUITECTURA S A S	1101444474	Dependiente	CERRADO
SERNA TORRES INGENIERIA Y ARQUITECTURA S A S	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONINSA RAMON H S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES GUANUME Y ACABADOS SAS	1101444474	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCCIONES OSPINA GOMEZ SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA CONCONCRETO S A	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORES HEZIBA SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORES HEZIBA SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONTECIVIL SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
CONTRATISTAS INTEGRADOS EN CONSTRUCCION S A S	1101444474	Dependiente	CERRADO
EDIFICACIONES JVD SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
ESTRUCTURAS OBRAS EN CONCRETO E INGENIERIA SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
ESTRUCTURAS OBRAS EN CONCRETO E INGENIERIA SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
ESTRUCTURAS OBRAS EN CONCRETO E INGENIERIA SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
FABRICA DE BALDOSINES EL TRIUNFO LTDA	1101444474	Dependiente	CERRADO
FUENTES SISTEMAS INDUSTRIALIZADOS SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
FUENTTES SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
JOVELSA SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
LCD CONSTRUCCIONES SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
MADOC SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
MURCIA SISTEMAS INDUSTRIALIZADORAS SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
MURCIA SISTEMAS INDUSTRIALIZADORAS SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
MURCIA SISTEMAS INDUSTRIALIZADORAS SAS	1101444474	Dependiente	CERRADO
MURCIA SISTEMAS INDUSTRIALIZADORAS SAS	1101444474	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,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010413727	1|4|0|6|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
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			
CELIS Primer apellido	FETECUA Segundo apellido	JUAN Primer nombre	RAFAEL Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	19444925	Femenino ☐ Masculino ☒	1|6|0|8|1|9|6|1

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.	PROTECCION	1200000

18.Residencia

CL 65 J 77 L 23 SUR **Dirección**	**Telefono fijo**	3238791418 **Telefono celular**	CELIS.FETE.RAFAEL61@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)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NIT	901503062	01

39.Ubicación

CR 53 128 B 34 Dirección	3058153788 Teleéfono	ANXINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010413727

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|9|0|5|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CERTIFICA

Que el usuario KEVIN ALBERTO HERNANDEZ PINZON con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1030675678 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, ficha sisben 4236043, desde 11 de diciembre de 2019, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 2 de junio de 2023a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010098432
9010098432

No. de Radicación: 26287588

Fecha de Radicación: 04 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia: X	A. Contributivo:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	• Beneficiario o afiliado adicional:	B. Subsidiado: X	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 nombre: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	PERDOMO	NOGUERA	OSCAR	OSWALDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1193214354	Femenino: Masculino: X	D D M M A A A A: 20 02 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: F N M Condición: T P			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.200.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana Rural	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NT	901503062	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 53 128 B 34	3058153788		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: 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 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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 adopcion o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	1033704141
NOMBRES	CARLOS ANDRES
APELLIDOS	BONILLA URREA
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A	CONTRIBUTIVO	01/09/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión | [illegible] | 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 la terminación 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 representa 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 únicamente 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 esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información correspondiente 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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

940566123

940566123

No. de Radicación: 44309092

Fecha de Radicación: 25 04 2023

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MENDEZ	Segundo Apellido: LOZADA	Primer Nombre: JUAN	Segundo Nombre: CAMILO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1026306498	Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		SURA	PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
1160000	CALLE 54 SUR 99 A 41		3132564545

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
	BOGOTA	Urbana: X Rural:		CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres			
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	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO	
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)
VIDRERIA MAR DE CRISTAL	NT	901365771-5	

39. Ubicación				
Dirección: TRV 68 H 37 C 22 SUR	3204920681	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	25 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	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:

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.

PORTESCO S.A. NIT. 860.513.482 - 8 TEL. (1)624 50 99
07/2016

VIGILADO Supersalud

INTERNET

Powered by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-007 - 0000001385 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliado (s) a EPS Sanitas S.A, en calidad de dependiente bajo la razón social GLOBAL SERVICES TEMPORAL OUTSORCING SAS Nit 901.316.267-5 según información en nuestra base de datos a la fecha.

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1.105.871.129
NOMBRES Y APELLIDOS	Darwin Hernández Diaz
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/05/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Activo
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Darwin Hernández Diaz a los 11 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

120386617

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
DEVIA	BONILLA	JHONATAN	ALEXIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	1024579776	Femenino Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	PROTECCION	1.160.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 77a sur 63 11	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3015782173	

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	Urbana Rural		CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
Recibido por: RADICADO
Fecha: 03/05/2023

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

OFIXPRES

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
VIDRERIA MAR DE CRISTAL	NIT TI CE CC PA CD	901365771-5	

39. Ubicación

Dirección: TRV 68 H 37 C 22 SUR

Teléfono Fijo: 3204920681

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito:

Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	2 8 0 4 2 0 2 3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad | CN RC TI CC PA CE CD SC | TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la 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 SISBEN Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones:

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

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

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1067969715
NOMBRES Y APELLIDOS	Perez Toro,David Armando
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	03/07/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Perez Toro,David Armando, a los 10 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Bogotá, Mayo 18 de 2023

Señor:
CASTIBLANCO CALLEJAS CAMILO ANDRES
CC. 1023968166
CR 6 48 9 ESTE - 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 15 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASTIBLANCO CALLEJAS CAMILO ANDRES	1023968166	C	Ago-15-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ASEOS COLOMBIANOS ASEOCOLBA S A	1023968166	Dependiente	CERRADO
ASEOS COLOMBIANOS ASEOCOLBA S A	1023968166	Dependiente	CERRADO
CAMILO ANDRES CASTIBLANCO CALLEJAS	1023968166	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CAMILO ANDRES CASTIBLANCO CALLEJAS	1023968166	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CONSORCIO INFRAESTRUCTURA ROVER 009	1023968166	Dependiente	CERRADO
GOLD RH SAS	1023968166	Dependiente	VIGENTE
LIMPIEZA METROPOLITANA SA ESN	1023968166	Dependiente	CERRADO
MR CLEAN S A	1023968166	Dependiente	CERRADO
PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL S A S	1023968166	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación,

siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Bogotá, Mayo 18 de 2023

Señora:
HURTADO MORENO KATHERINE
CC. 1110540575
CL 90 A 8 A 10 TO 5 PI 620 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 9 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
HURTADO MORENO KATHERINE	1110540575	C	Dic-9-2013	52	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
KATHERINE HURTADO MORENO	1110540575	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	VIGENTE
KATHERINE HURTADO MORENO	1110540575	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MATRIX GRUPO EMPRESARIAL SAS	1110540575	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19190037
NOMBRES Y APELLIDOS	Cuesta ,Luis Alberto
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cuesta ,Luis Alberto, a los 23 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LUISA FERNANDA NOMEZQUI MEDINA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1000984459** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000984459
NOMBRES Y APELLIDOS	LUISA FERNANDA NOMEZQUI MEDINA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **15/05/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Bogotá, Mayo 29 de 2023

Señor:
SASTOQUE DIAZ EDGAR ENRIQUE
CC. 79410931
TV 97A 2 70 BARR KENEDY - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 6 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
SASTOQUE DIAZ EDGAR ENRIQUE	79410931	C	Jul-6-2011	108	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
AC INGENIERIA ELECTRICA LTDA	79410931	Dependiente	CERRADO
AIKA HUMANA EST SAS	79410931	Dependiente	CERRADO
AIKA SOLUCIONES OUTSOURCING SAS	79410931	Dependiente	CERRADO
AIKA SOLUCIONES OUTSOURCING SAS	79410931	Dependiente	VIGENTE
APOYOS INTEGRALES EN SALUD S A S	79410931	Dependiente	CERRADO
EDGAR ENRIQUE SASTOQUE DIAZ	79410931	Trabajador Independiente	CERRADO
ESINCO SA	79410931	Dependiente	CERRADO
FBD CONSTRUCCIONES SAS	79410931	Dependiente	CERRADO
FRANCISCO CARRILLO VERA	79410931	Dependiente	CERRADO
FRANCISCO CARRILLO VERA	79410931	Dependiente	CERRADO
GINNA DANIELA LEON LEON	79410931	Dependiente	CERRADO
SOLO REDES INGENIERIA SAS	79410931	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES DANILO ZABALA QUICENO identificado(a) con CC. 1120382369 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/03/17**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**MULTISALUD SAS - GRANADA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 30 días del mes de 05 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010333752	2|9|0|5|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEÑA Primer apellido	SANCHEZ Segundo apellido	CARLOS Primer nombre	JAVIER Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
PT	6441647	Femenino ☐ Masculino ☒	0|8|1|2|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CL 41 SUR 8 A 56 **Dirección**	**Telefono fijo**	3001368459 **Telefono celular**	YUPABA16@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)
CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ		6441647	01

39.Ubicación

CL 41 SUR 8 A 56 Dirección	3001368459 Teleéfono	YUPABA16@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010333752

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 ☐		

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **46.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **47.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **48.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **49.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **50.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ **51.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☒ **52.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☒ **53.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Carlos Peña	Carlos Peña Click AQUÍ para firmar

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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
PEÑA	**SANCHEZ**	**CARLOS**	**JAVIER**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
6441647	RC TI CC CE PA	**1979 12 08**	**X** F	**2023 29 05**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

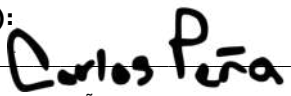
Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ identificado con el documento de identidad: PT No. 6441647, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico yupaba16@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):



Nombres y Apellidos: CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ
Número de identificación: 6441647

Fecha de diligenciamiento
2023 29 05

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 6441647

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





Medellín, 11 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GLOBAL SERVICES TEMPORAL OUTSOURCING SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	000000C005 CONSTRUCCION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1105871129	HERNANDEZ DIAZ DARWIN	12/05/2023		184M34Q1	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 11/05/2023 10:56:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.7.19, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009513715

9009513715

No. de Radicación SAT: 36791131

Fecha de Radicación: 08062023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
CHAPARRO	SALAMANCA	CARLOS	ARMANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1032362568	Femenino [ ] Masculino [X]	28 04 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
Tipo: Condición:				SURA	PROTECCION.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1160000	TRAV 51 H 62 G 32			3502626821
CARLOSCHAPARRO@GMAIL.COM	BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA	BOGOTA

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	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 U del afiliado adicio (a registrar por la E
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensión (a registrar por la EPS)
HOME SERVICES ESPECIALISTAS EN SERVICIOS	NIT	901027917-4	

39. Ubicación	Teléfono			
CALLE 68 G SUR # 49 D 52		HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

VI. 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 l 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 adquisició 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 ur entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Regimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VII. 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	08062023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

HOME SERVICE

VIII. FIRMAS

Carlos Armando Ch.

08 JUN 2023

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NC [ ] 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 del registro civil de nacimiento de los hijos menores de edad o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare

NIT: 901027917-4
Phx: 7 68 84 97 Cel: 305 750 5025 - 304 559 6060
www.hsespecial.com

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010367861	0|5|0|6|2|0|2|3

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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**	**Codigo** (a registrar por la EPS) 3
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			
ESCARRAGA (Primer apellido)	Segundo apellido	CESAR (Primer nombre)	ERNESTO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	18222071	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|0|6|1|9|6|8

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	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 77 SUR 6D 03 ESTE		3103034325	ESCARRAGA99@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA TUNJA	VS20JULI - CLORTUNJA
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 documemto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CESAR ERNESTO ESCARRAGA	CC	18222071	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 77 SUR 6D 03 ESTE	3103034325	ESCARRAGA99@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4010367861

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|6|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de oficio
	Click AQUI para firmar

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
25678911	08 06 2023

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [✔] B. Reporte de Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [✔] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: ,GOMEZ	Segundo apellido: CASTILLO	Primer nombre: DEIVER	Segundo nombre: ENRIQUE

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1033694434	Femenino [ ] Masculino [✔]	15 08 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1160000

18. Residencia			
Dirección: CALLE45#34-15	Teléfono:	Teléfono celular: 3217789567	Correo electrónico: DEIVERGOMEZ@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [✔] Rural [ ]	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria

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

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
TUNAL

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)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS	NIT	901027917-4	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 68 G SUR # 49 D 52	Teléfono	Correo electrónico: HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: BOGOTA

VIGILADO Supersalud

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	06/06/2023

174361399

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BARAJAS	FARFAN	DIANA	PATRICIA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1024480567	Femenino X Masculino	18 04 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	PROTECCION	1160000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 68 G SUR 49 D 52.	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3142112577	DIANABARAJAS2010@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana X Rural	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		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	Evelyn	YISETH	PORTILLA	BARAJAS.
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	TI	1023372065	Femenino X Masculino	17 05 2006	Hija
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P	BTA	Urbana X Rural	BTA		
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		16761314978
B		
B		
B		

KPRATA

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS	NIT X TI CE CC PA CD	901027917-4	

39. Ubicación

Dirección: CALLE 68 G SUR 49 D 52.

Teléfono Fijo: 7688492.

Correo Electrónico: HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM

Municipio / Distrito: BOGOTA

Departamento: BOGOTA.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Barajas		Diana	Fabiola

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC	1014[illegible]3	Femenino Masculino	D D M M A A A A	06062023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas - 2023	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					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	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Aveta docs empresa Nueva

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
[illegible] 11:43AM	EPS Sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 06 JUN 2023	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
25678900	08 06 2023

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
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 registrar por la EPS)
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 completos			
NAVARRETE	BOLIVAR	CAMILO	ANDRES
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000212989	Femenino Masculino ✔	22 02 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	PROTECCION	1160000

18. Residencia			
CRA 18 Q BIS # 66 A 82		3203277007	CAMILONAVARRETE@GMAIL.COM
Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA		Urbana ✔ Rural	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	

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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia	Zona				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS	NIT	801027917-4	

39. Ubicación				
CALLE 68 G SUR # 49 D 52		HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

capitalsalud eps-s AUTORIZACIONES TUNAL

VIGILADO Supersalud

Scanned by TapScanner

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009513715

9009513715

No. de Radicación SAT: 36791131

Fecha de Radicación: 08062023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
CHAPARRO	SALAMANCA	CARLOS	ARMANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1032362568	Femenino [ ] Masculino [X]	28 04 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
Tipo: Condición:				SURA	PROTECCION.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1160000	TRAV 51 H 62 G 32			3502626821
CARLOSCHAPARRO@GMAIL.COM	BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA	BOGOTA

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	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 U del afiliado adicio (a registrar por la E
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensión (a registrar por la EPS)
HOME SERVICES ESPECIALISTAS EN SERVICIOS	NIT	901027917-4	

39. Ubicación	Teléfono			
CALLE 68 G SUR # 49 D 52		HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

VI. 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 l 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 adquisició 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 ur entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Regimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VII. 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	08062023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

HOME SERVICE

VIII. FIRMAS

Carlos Armando Ch.

08 JUN 2023

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NC [ ] 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 del registro civil de nacimiento de los hijos menores de edad o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare

NIT: 901027917-4
Phx: 7 68 84 97 Cel: 305 750 5025 - 304 559 6060
www.hsespecial.com

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
25678911	08 06 2023

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [✔] B. Reporte de Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [✔] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: ,GOMEZ	Segundo apellido: CASTILLO	Primer nombre: DEIVER	Segundo nombre: ENRIQUE

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1033694434	Femenino [ ] Masculino [✔]	15 08 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1160000

18. Residencia			
Dirección: CALLE45#34-15	Teléfono:	Teléfono celular: 3217789567	Correo electrónico: DEIVERGOMEZ@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [✔] Rural [ ]	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria

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

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
TUNAL

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)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS	NIT	901027917-4	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 68 G SUR # 49 D 52	Teléfono	Correo electrónico: HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: BOGOTA

VIGILADO Supersalud

Scanned by TapScanner

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009513715

9009513715

No. de Radicación SAT: 36791131

Fecha de Radicación: 08 06 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	(a registrar por la E
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: PRIETO	Segundo Apellido: GALEANO	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: JAIRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79746731	Femenino [ ] Masculino [1]	07 09 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]			SURA	PROTECCION.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			Teléfono	
1160.000	Cra 15 ESTE # 41 031				3156984169
JHONJAIROPRIETO@GMAIL.COM	BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA		BOGOTA.

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	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 U del afiliado adicio (a registrar por la E
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensión (a registrar por la EPS)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS	NIT	901027917-4	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
CALLE 68 6SUR # 49 052		HOMESERVICESPECIALISTAS @GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA.

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 l 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 adquisició 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 ur 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	08 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados [illegible] 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 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.

HOME SERVICE

VIII. FIRMAS

08 JUN 2023

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

NIT: 901027917-4
Pbx: 7 68 84 97 Cel: 305 750 5025 - 304 559 6060
www.hsespecial.com

Scanned by TapScanner

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009513715

9009513715

No. de Radicación SAT: 36791131

Fecha de Radicación: 08 06 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	(a registrar por la E
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: PRIETO	Segundo Apellido: GALEANO	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: JAIRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79746731	Femenino [ ] Masculino [1]	07 09 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]			SURA	PROTECCION.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			Teléfono	
1160.000	Cra 15 ESTE # 41 031				3156984169
JHONJAIROPRIETO@GMAIL.COM	BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA		BOGOTA.

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	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 U del afiliado adicio (a registrar por la E
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensión (a registrar por la EPS)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS	NIT	901027917-4	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
CALLE 68 6SUR # 49 052		HOMESERVICESPECIALISTAS @GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA.

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 l 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 adquisició 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 ur 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	08 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados [illegible] 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 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.

HOME SERVICE

VIII. FIRMAS

08 JUN 2023

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

NIT: 901027917-4
Pbx: 7 68 84 97 Cel: 305 750 5025 - 304 559 6060
www.hsespecial.com

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010368254	0|5|0|6|2|0|2|3

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 ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PRIETO (Primer apellido)	ZAMUDIO (Segundo apellido)	ANDERSON (Primer nombre)	STEVEN (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1023866535	Femenino ☐ Masculino ☒	2|9|1|0|2|0|0|4

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.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 18 D 81 11 SUR		3143437748	ANDERSONZAMUDIO29@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	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 documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ANDERSON STEVEN PRIETO ZAMUDIO	CC	1023866535	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 18 D 81 11 SUR	3133437748	ANDERSONZAMUDIO29@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4010368254

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|6|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

anderson	anderson Click AQUÍ para firmar
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
25678900	08 06 2023

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
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 registrar por la EPS)
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 completos			
NAVARRETE	BOLIVAR	CAMILO	ANDRES
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000212989	Femenino Masculino ✔	22 02 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	PROTECCION	1160000

18. Residencia			
CRA 18 Q BIS # 66 A 82		3203277007	CAMILONAVARRETE@GMAIL.COM
Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA		Urbana ✔ Rural	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	

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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia	Zona				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
HOME SERVICE ESPECIALISTAS	NIT	801027917-4	

39. Ubicación				
CALLE 68 G SUR # 49 D 52		HOMESERVICESPECIALISTAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

capitalsalud eps-s AUTORIZACIONES TUNAL

VIGILADO Supersalud

Scanned by TapScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010340951	3|1|0|5|2|0|2|3

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 ☒	A. Individual: Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
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			
GORDILLO (Primer apellido)	LARIOS (Segundo apellido)	PABLO (Primer nombre)	EMILIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	5837347	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|1|1|1|9|6|6

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	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1600000

18.Residencia			
CL 64 SUR 11 A 23 ESTE (Dirección)	3142579 (Telefono fijo)	3142579187 (Telefono celular)	PABLO.EGORDILLO@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
DYJ SERVICIO PARA LA CONSTRUCION	NIT	901653885	01

39.Ubicación				
CR 118 A 63 G 05 (Dirección)	3202611168 (Teléfono)	DYJSERVICIOSCONSTRUCCION@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	BOGOTA (Departamento)

Powered by CamScanner

No de Radicacion
4010340951

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|0|6|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Pablo Emilio Gordillo	

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 adopcion o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ALEJANDRO GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.735.994**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CAS CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS
Identificada con NT No. 901468952

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 6500000008403, a partir del 18 de Mayo del año 2023.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79735994	JOSE ALEJANDRO GARZON	CAS CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS	5	6.96%	01/06/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Mayo del año 2023.



Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Mayo 31 de 2023

Señor:
GARZON JOSE ALEJANDRO
CC. 79735994
Ciudad
Ref: M-PYGA-F067. 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 Noviembre 01 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
JOSE ALEJANDRO GARZON	79735994	C	Nov-01-2017	50	50	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO CESAR RAMIREZ CANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3065169,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2014** 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 febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIO CESAR RAMIREZ CANO identificado(a) con CC 3065169 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**21/05/2016**
Estado de la Afiliación:	**TRASLADO A OTRA ENTIDAD**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORTAL DEL NORTE**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 03 días del mes de febrero del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

ORLANDO SANCHEZ MENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.670.442**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CAS CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS
Identificada con NT No. 901468952

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 6500000008403, a partir del 18 de Mayo del año 2023.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79670442	ORLANDO SANCHEZ MENDEZ	CAS CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS	5	6.96%	01/06/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Mayo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A
Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotizacion:

Datos del COTIZANTE

CC 79670442 ORLANDO SANCHEZ MENDEZ

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	Mas de 26	**Estado**	ACTIVO
Fecha Afiliación	31/01/2023	**Causal**	0622
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/05/2023		
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 31 de mayo de 2023 a solicitud del interesado.

Observaciones

GERALDINE JIMENEZ CORTES
ASESOR

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OYOLA VELASQUEZ ELIAS** identificado(a) con **CC** número **1.024.502.797** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de mayo de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306050723

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JULIO BERRIO FREDDY** identificado(a) con **CC** número **1.101.444.474** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de mayo 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 20 de mayo de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305201203

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:

JOHN CARLOS PEREZ CARDONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.052.948.592**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON DARWIN OLAYA LEAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.679.373**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE REYES SANCHEZ AGUILAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.954.914**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se iden ficó que **JHON DARWIN OLAYA LEAL** con **CC** No. **1122679373**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901355868 - HIDRAULICAS AÑA S.A.S.	**Fecha de úlma c obertura:** 27/07/2020 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** PLOMERO **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emida en este cerfic ado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301014225439.

Esta cerfic ación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de abril de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identific ó que **JOSE REYES SANCHEZ AGUILAR** con **CC** No. **1051954914**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901355868 - HIDRAULICAS AÑA S.A.S.	**Fecha de úlma c obertura:** 27/07/2020 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** PLOMERO **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emida en este cerfic ado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301014225281.

Esta cerfic ación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de abril de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se iden ficó que **PEDRO YECID RODRIGUEZ AGUILAR** con **CC** No. **1020794536**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901355868 - HIDRAULICAS AÑA S.A.S.	**Fecha de úlma c obertura:** 17/02/2021 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** PLOMERO **Fecha fin de Rer o:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emida en este cerfic ado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301014225547.

Esta cerfic ación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de abril de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

ANEXO SST-17. PAZ Y SALVO PERSONAL RETIRADO

PAZ Y SALVO

La empresa **D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN** identificada con NIT No. **901.653.885-1**, certifica que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con el colaborador **ALEJANDRO LONDOÑO MORENO** identificado con cedula de ciudadanía No. **79.714.637** por todo concepto con relación a salarios y prestaciones sociales deacuerdo con el contrato de obra o labor suscrita entre las partes.

En constancia de este se firma por ambas partes en Bogotá a los 20 días del mes de mayo de 2023

FIRMA DYJ SERVICES	**FIRMA COLABORADOR**
Nombre: Daniel Ortiz	Nombre:
Representante Legal	C.C:

D&J
SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN

PAZ Y SALVO

La empresa **D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN** identificada con NIT No. **901.653.885-1**, certifica que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con el colaborador **JHON LUNA** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.003.655.677 por todo concepto con relación a salarios y prestaciones sociales deacuerdo con el contrato de obra o labor suscrita entre las partes.

En constancia de este se firma por ambas partes en Bogotá a los 20 días del mes de mayo de 2023

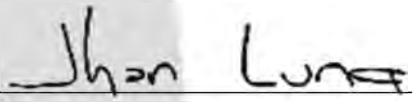
FIRMA DYJ SERVICES



Nombre: Daniel Ortiz

Representante Legal

FIRMA COLABORADOR



Nombre:

C.C:

D&J
SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN

STOR CONSTRUCCIONES SAS.
NIT. 901.448.807-9

1

Bogota
Señores:
CONSORCIO INFRA DISTRITALES

Asunto: PAZ Y SALVO

Respetados señores

Por medio de la presente yo JOHAN STIVEN RUIZ NEMOJON, identificado con cc. 1000782157, certifico que estuve vinculado con el contratista STOR CONSTRUCCIONES SAS, en el proyecto COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO MARTINEZ, me permito certificar que Stor construcciones se encuentra al dia hasta la fecha por concepto de obligaciones laborales contractuales pago de salarios dotaciones prestación social liquidación y aportes parafiscales relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 dela ley 789 del 2002 y artículo 23 delaley 1150 de 2007.

El presente paz y salvo se firman en Bogota el dia 15 de Mayo del 2023.



FIRMA :

NOMBRE : :JOHAN STIVEN RUIZ NEMOJON
1000782157
EMPLEADO

STOR CONSTRUCCIONES SAS.
NIT. 901.448.807-9

1

Bogota
Señores:
CONSORCIO INFRA DISTRITALES

Asunto: PAZ Y SALVO

Respetados señores

Por medio de la presente yo MARYURY CAROLINA RIVERA VELASQUEZ, identificado con cc. 1090441631, certifico que estuve vinculado con el contratista STOR CONSTRUCCIONES SAS, en el proyecto COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO MARTINEZ, me permito certificar que Stor construcciones se encuentra al dia hasta la fecha por concepto de obligaciones laborales contractuales pago de salarios dotaciones prestación social liquidación y aportes parafiscales relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 dela ley 789 del 2002 y artículo 23 delaley 1150 de 2007.

El presente paz y salvo se firman en Bogota el dia 09 de Mayo del 2023.

FIRMA :

NOMBRE : MARYURY CAROLINA RIVERA VELASQUEZ

1090441631
EMPLEADO

ANEXO SST-18. ENTREGA DE EPP

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
CARLOS BONILLA	1.933.704.141	AUXILIAR OBRA

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados																					Recibido
		Chaquetas Naranja	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M- L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet identificación	Impermeable para lluvia	Overol											
1	23-08-23		✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	—	—	✓											Carlos Bonilla
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso:	**Cédula:**
Carlos Bonilla	1.933.704.141

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
Edgar Antonio Urrea Rodriguez	19435826	Maestro

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados											Recibido
		Chaquetas Naranja	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M-L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet identificación	Impermeable para lluvia	Overol	
1	18/05/23	-	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓	✓	
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso:

Cédula: 19435826

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
Freddy Julio Berrio	1101444474	Ayudante

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados											Recibido
		Chaquetas Naranja	Casco Marcado	Protectores auditivos desechables (PAR)	Guantes Flex talla M- L (PAR)	Botas de Seguridad	Botas Caucho	Tapabocas desechable	Lentes de Seguridad	Carnet identificación	Impermeable para lluvia	Jogger rol	
1	18/05/23	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	FIRMA
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa anx ingenieria y soluciones . El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso: FIRMA Julio | **Cédula:** 1101444474

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
JUAN RAFAEL CELIS FETECUA	19444925	AYUDANTE DE OBRA

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados																				Recibido
		Casco	Lentes de seguridad	Careta	Tapabocas	Respirador con filtro	Guantes Vaqueta	Tapiados	Botas de seguridad	Botas de caucho	Overol dos piezas	Chaleco de brigadista	Impermeable	Chaleco reflectivo	Jean	Camisa manga larga						
1	13/06/2023	X	X		X		X	X	X		X											Juan Celis
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el 1Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa EMCOCO SAS. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso: Juan Celis	**Cédula:** 19444925

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE DOTACION Y EPP

Datos del trabajador		
Nombre	Cedula	Cargo
KEVIN ALBERTO HERNANDEZ PINZON	1030675678	AYUDANTE DE OBRA

#	Fecha	Elementos de Protección Personal Entregados																				Recibido
		Casco	Lentes de seguridad	Careta	Tapabocas	Respirador con filtro	Guantes Vaqueta	Tapiados	Botas de seguridad	Botas de caucho	Overol dos piezas	Chaleco de brigadista	Impermeable	Chaleco reflectivo	Jean	Camisa manga larga						
1	02/06/2023	X	X		X		X	X	X		X											
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

Compromiso

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el 1Área administrativa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de empresa EMCOCO SAS. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Firma compromiso: Kevin Hernandez	**Cédula:** 1030675678

ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS

ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADM
SST.002.00 - 20/12/2021

Nombre Empresa:	Arquitectura y Diseño Modular S.A.S	**NIT:**	900.334.403
Encargado Entrega:	Gerson Quintero Sierra	**Fecha de Entrega:**	2022-2023
Nombre del Empleado:	Hernenfo Javier Ospina Hernandez		

		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1				17/03/23									3 MESES
2						17/05/2023							1 MES
3													2 MESES
4													6 MESES
5													12 MESES
6				15/03/23									MENSUAL

FOR.SST.002.00

ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS

ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADM
SST.002.00 - 20/12/2021

Nombre Empresa:	Arquitectura y Diseño Modular S.A.S	**NIT:**	900.334.403
Encargado Entrega:	Gerson Quintero Sierra	**Fecha de Entrega:**	2022-2023
Nombre del Empleado:	Luis Gabriel Ospina Hernandez		

	IMAGEN EPP	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DURACION
1		luis ospina											3 MESES
2		luis ospina	luis ospina	luis ospina									1 MES
3		luis ospina		luis ospina	luis ospina	luis ospina							2 MESES
4													6 MESES
5													12 MESES
6		luis ospina	luis ospina	Luis ospina 16/03/23	luis ospina								MENSUAL

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

CAMILO ANDRES NAVARRETE BOLIVAR

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.

Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065

Recibido por:
CAMILO ANDRES NAVARRETE BOLIVAR
C.C 1000212989

HOME SERVICE
ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

CESAR ERNESTO ESCARRAGA

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.

Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065

Recibido por:
CESAR ERNESTO ESCARRAGA
C.C 18222071

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

DIANA PATRICIA BARAJAS FARFAN

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.

Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065

Recibido por:
DIANA PATRICIA BARAJAS FARFAN
C.C 1024517223

HOME SERVICE
ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

JAVIER ANTONIO GONZALES CESPEDES

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.

Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065

Recibido por:
JAVIER ANTONIO GONZALES
CESPEDES
C.C 80880058

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

ANDERSON STEVEN PRIETO ZAMUDIO

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.

Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065

anderson

Recibido por:
ANDERSON STEVEN PRIETO ZAMUDIO
C.C 1023866535

	EMPRESA VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS	Codigo: R-G SSO-014 Version:1 Fecha: 22,04,2023 Pagina: 1 de 1
	REGISTRO	
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		

DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	**FECHA**	**FIRMA**
JUAN CAMILO MENDEZ	05 MAY 2023	Camilo Mendez

	CUMPLE			
ELEMENTOS	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACION**
CASCO DE SEGURIDAD	X			
BARBUQUEJO	X			
LENTES DE SEGURIDAD	X			
PROTECTOR DE OIDOS	X			
GUANTES	X			
BOTAS DE SEGURIDAD	X			
ARNES DE SEGURIDAD	X			
UNEA DE VIDA	X			
OTROS				

Camilo Mendez
ENTREGADO POR

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL

Luz Jacqueline Escobar Boja
Cel. 321 265 14
RECIBIDO POR

Powered by CamScanner

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL	**EMPRESA VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS**	Codigo: R-G SSO-014 Version:1 Fecha: 22,04,2023 Pagina: 1 de 1
	REGISTRO	
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		

DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	**FECHA**	**FIRMA**
EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS	21 ABR 2023	Edinson CB.

ELEMENTOS	**CUMPLE**			**OBSERVACION**
	SI	**NO**	**N/A**	
CASCO DE SEGURIDAD	X			
BARBUQUEJO	X			
LENTES DE SEGURIDAD	X			
PROTECTOR DE OIDOS	X			
GUANTES	X			
BOTAS DE SEGURIDAD	X			
ARNES DE SEGURIDAD	X			
LINEA DE VIDA	X			
OTROS				

Carolina Vanegas
ENTREGADO POR

VIDRIERIA

Luz Jacqueline Escobar Bojaca
Cel. 321 265 14

REVISADO POR

VIDRIERIA MAR DE CRISTAL	**EMPRESA VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS**	Codigo: R-G SSO-014 Version:1 Fecha: 22,04,2023 Pagina: 1 de 1
	REGISTRO	
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		

DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	**FECHA**	**FIRMA**
LIBARDO RICAURTE RAMIREZ	21 ABR 2023	

ELEMENTOS	**CUMPLE**			**OBSERVACION**
	SI	**NO**	**N/A**	
CASCO DE SEGURIDAD	X			
BARBUQUEJO	X			
LENTES DE SEGURIDAD	X			
PROTECTOR DE OIDOS	X			
GUANTES	X			
BOTAS DE SEGURIDAD	X			
ARNES DE SEGURIDAD	X			
LINEA DE VIDA	X			
OTROS				

Carolina Varón
ENTREGADO POR

VIDRIERIA DE CRISTAL
Luz Jacqueline Escobar Bojaca.
Cel. 321 265 14 11
La transparencia de un trabajo bien hecho.
REVISADO POR

	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FECHA: VERSIÓN: Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
PABLO EMILIO GORDILLO LARIOS	C.C	5.837.347	OFICIAL	OPERATIVO

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyan a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes"

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	01/06/2023	
2	BOTAS	1	01/06/2023	
3	GAFAS	1	01/06/2023	
4	OVEROL	1	01/06/2023	
5	TAPAOIDOS	1	01/06/2023	
6	TAPABOCAS	1	01/06/2023	
7	GUANTES	1	01/06/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
JESSICA RODRIGUEZ	1.031.152.036	GERENTE TECNICO	

Powered by CamScanner

SOLUCIONES INTEGRALES M [2]

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:30/5/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

Cantidad	Unidad	Descripción	Talla	Color	Marca
1	Par	Botas punta de acero	42	Negro	Max-t
1	1	Guantes carnaza	L	Negro	Genérico
1	1	Chaqueta	34	Rojos	Delta
1	1	Casco	M	Amarillo	Stem
1	1	Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo	M	Rojos	Delta
1	1	Gafas protectoras	M		3M
1	1	Mascarilla KN95	M		3M
1	1	Pantalon	34		

El trabajador manifiesta que:

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

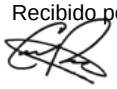
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ
P.T 6441647

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

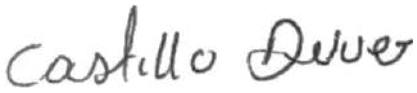
Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.



Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065



Recibido por:
DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO
C.C 1033694434

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

JHON JAIRO PRIETO GALEANO

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.



Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065



Recibido por:
JHON JAIRO PRIETO GALEANO
C.C 79746731

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANT	DESCRIPCION	TALLA	ENTREGADO SI / NO	
1	BOTAS DE SEGURIDAD PUNTA DE ACERO	40	x	
1	GUANTES DE VAQUETA, CARNAZA	1	x	
1	CAMIZON	M	x	
1	CASCO CON BARBUQUEJO	1	x	
1	GAFAS DE SEGURIDAD	1	x	
1	MASCARILLA KN95	1	x	
1	TAPAOIDO DE INSERCION	1	x	
1	TAPAOIDO DE COPA	1	x	

El trabajador declara lo siguiente:

Manifiesto que la dotación proporcionada es y seguirá siendo propiedad exclusiva de la empresa. En caso de terminación del contrato laboral o entrega de una nueva dotación, me comprometo a devolverla de forma inmediata.

En caso de que la dotación o alguna parte de la misma resulte dañada, asumo la responsabilidad de devolverla a la empresa.

Por medio de este documento, autorizo expresamente a la empresa a realizar los descuentos correspondientes en mi salario y liquidación de prestaciones en caso de que no devuelva la dotación al empleador en ninguno de los casos mencionados anteriormente.

Entregado por:
EVELIN Y PORTILLA
CC 1023372065

Carlos Armando
Recibido por:
CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA
C.C 1032362568

SIGMA

FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0
25/10/2021
SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: Darwin Hernandez CARGO: Ayudante de obra C CEDULA: 1.105 87 124

FECHA	CASCO	GAFAS		PROT. RESP.	PROT. AUDT.	GUANTES	BOTAS		CAMISA PANTALON	CAPA IMPERM.	CINT. SEG.	CARNET	OTROS	FIRMA TRABAJADOR
		OSC.	BLA.				CR.	CCHO						
12-05-2023	X		X		X	X		X	X					Darwin Hernandez

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SOLUCIONES INTEGRALES M²

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN Junio

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCION	T	MARCA Y COLOR	FECHA	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
2	RODILLERAS		NEGRO	02-06-2023	Diego Rojas	1013589644	Diego R
2	GUANTES		ROJOS	01-06-2023	Diego Rojas	1013589644	Diego R
1	CAMISA		NEGRO/ROJO	05-06-2023	Sergio Navarrete	1000778186	Sergio
2	GUANTES		GRIS	05-06-2023	Wilson Sabogal	1041785930	
1	GAFAS		TRANSPARENTE	08-06-2023	Steven Cuervo	1000126107	Steven
1	CARETA		TRASPARENTE	10-06-2023	William Acevedo	1073723863	William
2	GUANTES		AMARILLOS	12-06-2023	Francisco Hernandez	6131179	
1	GAFAS		TRASPARENTE	12-06-2023	Luis Ramirez	1033735610	Luis
1	BOTAS		NEGRO	13-06-2023	Wilson Sabogal	1041785930	
1	CAMISA		NEGRO/ROJO	13-06-2023	Carlos Peña	15373847	Carlos Peña
1	CASCO		AMARILLO	13-06-2023	Carlos Peña	15373847	Carlos Peña

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por: Sergio Navarrete
1000778186

Soluciones.integralesmetro2@gmail.com DIRECCIÓN: CALLE 68 G SUR · 49D-52 BOGOTÁ,
CELULAR 3045596060, NIT: 901-561-860-2

Powered by CamScanner

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	**Fecha:** MAYO 06/ 2023
	Versión: 01
	Pagina 1 de 1

dd	mm	aaaa
6	6	2023

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre: CARLOS HUMBERTO BARAJAS ROJAS C.C. 79,544,681

Cargo: Proceso: OPERATIVO

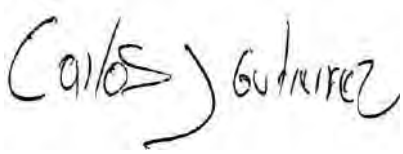
DOTACIÓN PERSONAL

Botas	1	Talla	40
Overol	N/A	Talla	N/A
Pantalón	2	Talla	34
Camisa	2	Talla	L
Buzo	NO	Talla	NO

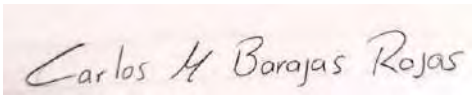
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Protector Auditivo Tipo Tapón	1	Protector Auditivo Tipo Orejera	
Bota de Cuero con Puntera en Acero	1	Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica	
Bota de Cuero sin Puntera en Acero		Botas Impermeables con Puntera Acero	
Bota Impermeables sin Puntera		Gafas de Seguridad	1
Guantes Hilo y PVC	1	Guantes en Carnaza	1
Guantes Dieléctricos		Guantes para Soldador	
Careta para Esmerilar		Careta para Soldar	
Tapabocas Prehormado		Respirador Contra Gases y Vapores	1
Casco	1	Barbuquejo	1
Delantal de Carnaza		Poncho en PVC con Capucha	

FIRMAS



ENTREGA



RECIBE

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	**Fecha:** MAYO 06/ 2023
	Versión: 01
	Pagina 1 de 1

dd	mm	aaaa
6	6	2023

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre: ELIAS OYOLA VELASQUEZ C.C. 1,024,502,797

Cargo: Proceso: OPERATIVO

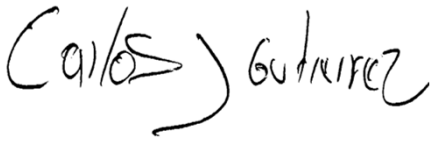
DOTACIÓN PERSONAL

Botas	1	Talla	40
Overol	N/A	Talla	N/A
Pantalón	2	Talla	34
Camisa	2	Talla	L
Buzo	NO	Talla	NO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Protector Auditivo Tipo Tapón	1	Protector Auditivo Tipo Orejera	
Bota de Cuero con Puntera en Acero	1	Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica	
Bota de Cuero sin Puntera en Acero		Botas Impermeables con Puntera Acero	
Bota Impermeables sin Puntera		Gafas de Seguridad	1
Guantes Hilo y PVC	1	Guantes en Carnaza	1
Guantes Dieléctricos		Guantes para Soldador	
Careta para Esmerilar		Careta para Soldar	
Tapabocas Prehormado		Respirador Contra Gases y Vapores	1
Casco	1	Barbuquejo	1
Delantal de Carnaza		Poncho en PVC con Capucha	

FIRMAS



ENTREGA



RECIBE

SOLUCIONES INGENIERÍA S.A.S.	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALID EN EL TRABAJO (SG-SST)	Código: F-SGSST-009
		Versión: 001
	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, DOTACIÓN, INSUMOS Y HERRAMIENTA	Vigencia: 16-05-2021
		Página 2 de 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADO	Lina Marcela Ospina castaño	CEDULA	1151957748
CARGO		PROYECTO	
ENTREGADO POR	Camilo Andres Leon	DOTACIÓN CORRESPONDIENTE AL AÑO	2023

Recibo a satisfacción la dotación de EPP, uniforme y herramienta, para la labor que desempeñaré. En caso de pérdida parcial o total, daños por uso indebido, traslado de área y retiro definitivo o provisional de la compañía, me comprometo a devolver las herramientas, en buenas condiciones.
Nota: La Compañía descontará el valor comercial de los elementos entregados, cuando estos no fueren devueltos en las condiciones anteriores.

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO (EPP, DOTACIÓN, INSUMO, HERRAMIENTA)	DESCRIPCIÓN	SERIAL	TALLA	CANTIDAD	ESTADO	FIRMA DEL TRABAJADOR
02/06/2023	EEP	Guantes de Nylon	—	S	1	Bueno	
02/06/2023	EEP	Tapa Bocas	—	—	1	Bueno	
02/06/2023	EEP	casco	—	—	1	Bueno	
02/06/2023	EEP	Gafas de Seguridad	—	—	1	Bueno	
02/06/2023	EEP	Botas con puntera	—	—	1	Bueno	
02/06/2023	EEP	Tapa oidos	—	—	1	Bueno	
02/06/2023	Dotación	Chaleco	—	S	1	Bueno	
02/06/2023	Dotación	camisa	—	S	1	Bueno	

* Elementos a ser devueltos en caso de retiro del funcionario
Hago constar adicionalmente haber recibido las instrucciones de uso y cuidado del equipo recibido

ENTREGA DE DOTACIÓN

Departamento:
Recursos Humanos
PAVIMENTOS RODALM S.A.S

PAVIMENTOS RODALM SAS empresa legalmente constituida en la ciudad de **BOGOTA D.C** con NIT. 901490968-3**,** da constancia de que él señor EDER ROLANDO RODRIGUEZ SALAMANCA**,** identificado con cedula de ciudadanía N° 11.355.387, trabaja para nuestra empresa, en el cargo de **INSPECTOR DE OBRA CIVIL** y manifiesta que ha recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley la dotación correspondiente para el primer semestre del año, siendo idónea para ejecutar las labores contratadas.

DESCRIPCION	CANTIDAD	TALLA	COLOR
Chaqueta	2	L	Azul
Bota punta de acero	2	34	Azul
Bota punta de acero larga	1	42	Negro

Se expide para los interesados a los 6 días del mes de junio de 2023. Sin otra particular, firma.

WILLIAM MAURICIO RODRIGUEZ S.
REPRESENTANTE LEGAL

EDER ROLANDO RODRIGUEZ
EMPLEADO

ENTREGA DE DOTACIÓN

Departamento:
Recursos Humanos
PAVIMENTOS RODALM S.A.S

PAVIMENTOS RODALM SAS empresa legalmente constituida en la ciudad de Bogotá D.C con NIT. 901490968-3**,** da constancia de que él señor JOSE ANTONIO PINTO CORCHO**,** identificado con cedula de ciudadanía N° 8.189.350, trabaja para nuestra empresa, en el cargo OFICIAL y manifiesta que ha recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley la dotación correspondiente para el primer semestre del año, siendo idónea para ejecutar las labores contratadas.

DESCRIPCION	CANTIDAD	TALLA	COLOR
Overol	1	L	
Bota Punta De Acero	1	40	
Bota Punta De Acero Larga			
Casco Dieléctrico	1		
Guantes	1		
Gafas	1		

Se diligencia a los 13 días de JUNIO del 2023. Sin otra particular, firma.

WILLIAM MAURICIO RODRIGUEZ S.
REPRESENTANTE LEGAL

Antonio pinto Corcho
8189350

EMPLEADO

ENTREGA DE DOTACIÓN

Departamento:
Recursos Humanos
PAVIMENTOS RODALM S.A.S

PAVIMENTOS RODALM SAS empresa legalmente constituida en la ciudad de Bogotá D.C con NIT. 901490968-3**,** da constancia de que él señor DANIEL ESTEBAN LOZANO RODRIGUEZ**,** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.030.533.746, trabaja para nuestra empresa, en el cargo AYUDANTE y manifiesta que ha recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley la dotación correspondiente para el primer semestre del año, siendo idónea para ejecutar las labores contratadas.

DESCRIPCION	CANTIDAD	TALLA	COLOR
Overol	1	L	
Bota Punta De Acero	1	39	
Bota Punta De Acero Larga			
Casco Dieléctrico	1		
Guantes	1		
Gafas	1		

Se diligencia a los 13 días de JUNIO del 2023. Sin otra particular, firma.

WILLIAM MAURICIO RODRIGUEZ S.
REPRESENTANTE LEGAL

Daniel Lozano
1030533746.

EMPLEADO

	FORMATO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	Código	F-SST- 005
		Versión	1
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Página	1 de 1

Empresa	COMERCIALIZADORA PJS				
Responsable	CONTRATISTA DE OBRA - PROFESIONAL SST	Nombre del trabajador	Jesus Antonio Pereira	Cargo	Operador.

KIT LIMPIEZA Y DESINFFECCIÓN				ELEMENTOS ENTREGADOS (Escriba el Numero de Elementos entregados)									
ALCOHOL 70%	GEL ANTIBACTERIAL	OTRO	FECHA DE ENTREGA DE ELEMENTOS	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	BOTA DE SEGURIDAD	CASCO SEGURIDAD	GAFA DE SEGURIDAD	TAPAOIDO INSERCION	TAPAOIDO COPA	GUANTES VAQUETA	Otro ¿Cuál?	Firma del trabajador
			29-04-2023	1	1	1	1	1		1			

Me comprometo a utilizar los elementos de protección personal en el desarrollo de mis actividades, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo y los lineamientos del Protocolo de Bioseguridad para COMERCIALIZADORA PJS, establecidos bajo la Resolución 692 del 2022 del Ministerios de Salud y protección social. Ademas declaro haber recibido información sobre su uso y disposición final.

Firma del trabajador : _____

	FORMATO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	Código	F-SST- 005
		Versión	1
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Página	1 de 1

Empresa	COMERCIALIZADORA PJS				
Responsable	CONTRATISTA DE OBRA - PROFESIONAL SST	Nombre del trabajador	Pedro Camilo Salgado	Cargo	Operador

KIT LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN				ELEMENTOS ENTREGADOS (Escriba el Numero de Elementos entregados)									
ALCOHOL 70%	GEL ANTIBACTERIAL	OTRO	FECHA DE ENTREGA DE ELEMENTOS	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	BOTA DE SEGURIDAD	CASCO SEGURIDAD	GAFA DE SEGURIDAD	TAPAOIDO INSERCION	TAPAOIDO COPA	GUANTES VAQUETA	Otro ¿Cuál?	Firma del trabajador
			29-02-2023	1	1	1	1	1	1	1			Camilo

Me comprometo a utilizar los elementos de protección personal en el desarrollo de mis actividades, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo y los lineamientos del Protocolo de Bioseguridad para COMERCIALIZADORA PJS, establecidos bajo la Resolución 692 del 2022 del Ministerio de Salud y protección social. Ademas declaro haber recibido información sobre su uso y disposición final.

Firma del trabajador Camilo Salgado.

PÁGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 3	
CÓDIGO: HSEQ-F-015	REGISTRO EN
DOCUMENTO CONTROLADO	

DOTACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

NOMBRE EMPLEADO: Cristian martinez CARGO: auxiliar Ingeneria CEDULA: 1030649038

FECHA	CASCO	GAFAS		PROT. RESP.	PROT. AUDT.	GUANTES	B CR.	CAMISA PANTALON	CAPA IMPERM.	CINT. SEG.	CARNET	OTROS	FIRMA TRABAJADOR
		OSC.	BLA.										
15/05/23	1						1 par	2 Camisas					Cristian martinez

CONDICIONES GENERALI

JADOR

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, ME COMPROMETO A UTILIZAR ADECUADAMNETE DURANTE LA JORNADA EMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACION RECIBIDOS Y MANTENERLOS EN BUEN ESTADO, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; DECLARO QUE HE RECIBIDO OBRE EL USO Y MANTENIMIENTO ADECUADO DE LOS MISMOS. USANDO LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESTOY CUMPLIENDO CON MIS DEBE AJADOR DE PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA . EL PRESENTE COMPROMISO QUEDARA ARCHIVADO EN EL AREA HSEQ COMO SISTEMA DE VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO D / DERECHOS COMO EMPLEADO DE LA ORGANIZACIÓN.

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Camilo Andres Castiblanco Calleyas, identificado con C.C. No. 1023968166
con cargo Ayudante de obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1.
AUDITIVA				
PIES				
	BOTAS.		38	1.

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	Overol		XL	1.
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Camilo Castiblanco
FIRMA

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo Andres Danilo Zabala, identificado con C.C. No. 1120382369
con cargo Oficial obra he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco			1.
AUDITIVA				
PIES				
	Botas.		41	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	overol Pantalón		30	1
	overol camisa		M	1
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

Andres zabala
FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo katherine furlado moreno, identificado con C.C. No. 1110540575.
con cargo _____ he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	casco			1
AUDITIVA				
PIES				
	Botas		37.	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.

En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

AIKA Humana	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD: 23	MM: 05	AAAA: 2023

Yo Luis Alberto Cuesta., identificado con C.C. No. 19 190 037

con cargo _____ he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		NA	1.
AUDITIVA				
PIES				
	Botas.		41	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	Overol		XL	1
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

FIRMA

AIKA	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FR-SST-05
		Versión: 0
		Página 1 de 1

PROYECTO ASIGNADO		FECHA	DD	MM	AAAA

Yo David Armando Perez Toro., identificado con C.C. No. 1067969715
con cargo Oficial obra. he recibido a satisfacción la siguiente dotación:

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
CABEZA, FACIAL Y VISUAL				
	Casco		Unica	1.
AUDITIVA				
PIES				
	Botas.		42	1

ELEMENTO ENTREGADO		√	TALLA	No.
RESPIRATORIA				
CORPORAL				
	Overol		P=32 C=M	1 1.
MANOS				

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en proceso de seguridad y salud en trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AIKA HUMANA EST S.A.S.
En caso de pérdida de cualquiera de los elementos de trabajo entregados en el día de hoy, autorizo sean descontados de mi sueldo para su reposición.

OBSERVACIÓN: En el momento en que se deteriore de cada uno de los elementos de protección es obligatorio avisar a la persona encargada para su reemplazo.

David Perez
FIRMA

ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

COMPROMISO: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal recibidos, y mantenerlos en un buen estado, dando así cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuye a mi bien estar físico, mental y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos por la empresa.

No.	FECHA			NOMBRE APELLIDOS	CEDULA	BOTAS	GUANTES	LENTES	CASCO	TAPAOIDOS	FIRMA
	D	M	A								
1	02	05	23	Jabier Alvez		X	X	X	X	X	
2	02	05	23	Felipe Jaramillo	1000327631	X	X	X	X	X	
3	02	05	23	Pardel Jerumo	1007767345.	X	X	X	X	X	
4	02	05	23	Carlos A. Porras	80207271	X	X	X	X	X	Carlos A. Porras
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Powered by CamScanner

ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

STOR CONSTRUCCIONES

COMPROMISO: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal recibidos, y mantenerlos en un buen estado, dando así cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuye a mi bien estar físico, mental y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos por la empresa.

No.	FECHA			NOMBRE APELLIDOS	CEDULA	BOTAS	GUANTES	LENTES	CASCO	TAPAIODOS	FIRMA
	D	M	A								
1	12	05	23	Jaibier Alva		X	X	X	X	X	
2	12	05	23	Felipe baragan	1066037681	X	X	X	X	X	
3	12	05	23	Paola Jaramillo	1007767345	X	X	X	X	X	
4	12	05	23	Carlos A. Pinzas	8039072A2	X	X	X	X	X	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Powered by CamScanner

ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

STOR CONSTRUCCIONES

COMPROMISO: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal recibidos, y mantenerlos en un buen estado, dando así cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuye a mí bien estar físico, mental y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos por la empresa.

No.	FECHA			NOMBRE APELLIDOS	CEDULA	BOTAS	GUANTES	LENTES	CASCO	TAPAIODOS	FIRMA
	D	M	A	Jabier Alva							Javier Alva
1	26	05	23	Felipe barrigain	1000826681	x	x	x	x	x	Felipe B
2	26	05	23	Paola Jerumo	1007767345	x	x	x	x	x	Paola Jerumo
3	26	05	23	ALEXIS PORRAS	8837282	x	x	x	x	x	Alexis A. Porras
4	26	05	23	Carlos. Pabillos.	79.387.044	x	x	x	x	x	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Powered by CamScanner

ENTREGA ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL EPP

Empresa: D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION
NIT: 901.653.885-1
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Semana: Desde: 22-05-23. Hasta: 28-05-23.

#	NOMBRE	IDENTIFICACION	EPP											EPCC			OTROS	FIRMA
			OBEROL	CASCO	BOTAS SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS	TAPAOIDOS INSERCION	TAPAOIDOS COPA	GUANTES	TAPABOCAS	PETO	CARETA	ARNES	ESLINGA	BARBUQUEJO		
1	Ortiz Albarracin Fabio Javier	79279184					X	X		X								Javier Ortiz.
2	Ducuara Bedoya Hector Libardo	80437757								X								
3	Parra Ramirez Hector Julio	1069230045								X								Hector Parra
4	Camacho Reyes Mauricio	79211765								X								
5	Garcia Ortiz Juan Pablo	1010246899								N/A								NO APLICA.
6	Londoño Moreno Alejandro	79714637	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		RETIRADO
7	Otalvaro Madrigal Abel Antonio	1024499702								X								Abel Otalvaro
8	Luna Jhon	1003655677	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		RETIRADO

Firma de Quien entrega
Nombre: Jessica Rodriguez

Powered by CamScanner

ANEXO SST-19. CONTROL PERSONAL CONTRATISTA

PERSONAL APROBADO COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA
COLEGIO NUEVA DELHI
SUBCONTRATISTA: SIGMA SYC

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ARISTOBULO GARCIA SANTAMARIA	79.970.576	AYUDANTE DE OBRA		X
2	FLORENTINO RAVELO ESTEPA	11.441.077	MAESTRO DE OBRA		X
3	LUIS HUMBERTO CRUZ PEREZ	79.111.763	OFICIAL DE OBRA		X
4	KEVIN MIGUEL DEL VILLAR	1.026.308.988	AYUDANTE DE OBRA	X	
5	MIGUEL DEL VILLAR MERCADO	79.681.780	MAESTRO DE OBRA	X	
6	OSCAR OBDULIO GUERRERO CORTES	1.024.467.174	AYUDANTE DE OBRA	X	
7	SERGIO ALEAN CAVANZO	80.822.373	SOLDADOR		X
8	ISIDRO ANTONIO GOMEZ GOMEZ	19.353.005	AYUDANTE DE OBRA		X
9	JIMMY GARCIA SANABRIA	80.114.333	OFICIAL DE OBRA		X
10	ROMEL ORLANDO GARCIA	79.651.166	AYUDANTE DE OBRA		X
11	CESAR AUGUSTO CHAVEZ YAÑEZ	79.925.284	OFICIAL DE OBRA	X	
12	CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDEZ	80.762.173	OFICIAL DE OBRA	X	
13	CRISTIAN MAURICIO GARCIA SANABRIA	1.033.722.245	AYUDANTE DE OBRA		X
14	ROMEL GERARDO GARCIA ALBARRACIN	1.007.404.311	AYUDANTE DE OBRA		X
15	TEDER DAYAN AREVALO	1.007.275.624	AYUDANTE DE OBRA	X	
16	ISAAC REYES CALLEJAS	1.099.322.106	MAESTRO DE OBRA		X
17	DORIS AMPARO FORERO ALFONSO	1.010.135.604	OFICIAL DE OBRA		X
18	DARWIN HERNANDEZ DIAZ	1.105.871.129	AYUDANTE DE OBRA		X
19	JHON DEIBY ROA	1.006.321.288	AYUDANTE DE OBRA		X
20	NELSON RODRIGO DIAZ	79.695.587	RESIDENTE DE OBRA		X
21	YOINER JOSE TORRES CABANA	1.127.602.304	AYUDANTE DE OBRA		X
22	WILMER JAIR GOMEZ	1.033.701.940	AYUDANTE DE OBRA		X
23	DIEGO FERNANDO TORRES LARA	79420028	AYUDANTE DE OBRA		X
24	DEANGELLO EMANNUELL TORRES GOMEZ	1.000.603.662	AYUDANTE DE OBRA		X
25	JHON HEIDER SOLORZANO CUELLAR	1.112.933.516	AYUDANTE DE OBRA		X
26	GUDIÑO YARI RENNY DE JESUS	13.641.190	AYUDANTE DE OBRA		X
27	JOSE GILBERTO SOGAMOSOS APACHE	93.342.915	AYUDANTE DE OBRA		X
28	MIGUEL STIVEN CHICA HERRERA	1.010.147.768	AYUDANTE DE OBRA		X
29	JORGE LEONARDO VELLEJOJIN GARCIA	1.062.607.285	AYUDANTE DE OBRA		X
30	EMIRO NEL FLOREZ VIELLARD	11.037.562	SOLDADOR		X
31	HELY ANTHONIO MENDEZ	5.779.661	OFICIAL DE OBRA		X
32	JHON ENDER TORRES BURGOS	12.318.241	OFICIAL DE OBRA		X
33	WILSON RICARDO CRUZ ALDANA	79.541.204	INSTALADOR		X
34	DIBIER JONNATHAN CRUZ SERRANO	1.022.351.126	INSTALADOR		X

COORDINADORES DE ALTURAS AUTORIZADO: CESAR AUGUSTO CHAVEZ YAÑEZ
CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDEZ

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO ENTRE NUBES SEDE D - SANTA RITA

SUBCONTRATISTA: SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	JOSE ALEJANDRO PEREZ FLOREZ	1.024.517.223	INGENIERO DE OBRA		X
2	JHON ALEXANDER SILVA PEREZ	79.999.319	AYUDANTE DE OBRA		X
3	SERGIO NAVARRETE	1.000.778.186	AYUDANTE DE OBRA	X	
4	WILMER ERNEY ACEVEDO ARIAS	1.073.723.863	AYUDANTE DE OBRA		X
5	WILSON SALAMANCA GONZALEZ	1.014.178.330	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN	X	
6	JOSE STEVEN QUINTERO RAMIREZ	1.000.126.107	AYUDANTE DE OBRA	X	
7	LUIS CARLOS PEREZ RODRIGUEZ	19.107.699	MAESTRO DE OBRA		X
8	JESUS SIMEON LOPEZ ENRIQUEZ	12.973.153	AYUDANTE DE OBRA		X
9	DIEGO ALONSO ROJAS ROMERO	1.013.589.644	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN		X
10	LUIS ALBERTO RAMIREZ MARTINEZ	1.033.735.610	AYUDANTE DE OBRA		X
11	FRANCISCO MIGUEL HERNANDEZ	PT 6131179	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN		X
12	OMAR FELIPE GUZMAN GOMEZ	1.020.784.378	RESIDENTE DE OBRA		X
13	CARLOS JAVIER PEÑA SANCHEZ	PT6441647	AYUDANTE DE OBRA		X

COORDINADORES DE ALTURAS AUTORIZADO: WILSON SALAMANCA GONZALES

PERSONAL APROBADO COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL

SUBCONTRATISTA: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ADEMIR ANGULO ORELLANO	79.682.771	AYUDANTE DE OBRA	X	
2	CARLOS STIVEN GUTIERREZ GUEPE	1.083.022.967	AYUDANTE DE OBRA		X
3	JESUS PARRA PEREZ	79.555.362	AYUDANTE DE OBRA	X	
4	JOSE MANUEL RAMIREZ	348.412	AYUDANTE DE OBRA		X
5	JUSTO AYOLA	14.228.112	AYUDANTE DE OBRA	X	
6	YAIR ANDRES USGAME OÑATE	80.807.876	AYUDANTE DE OBRA	X	
7	GUILLERMO SEGUNDONOVOA FIGUEROA	73.547.897	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN		X
8	ROBERTO ROMERO PULIDO	5.874.199	ENCHAPADORES		X
9	CRISTIAN CAMILO BUITRAGO ORTEGA	1.012.356.138	AYUDANTE DE OBRA		X
10	JOSE JOHANN FORERO DIAZ	1.010.223.326	AYUDANTE DE OBRA		X
11	ORLEY DE JESUS CARDONA CARDONA	18.599.633	AYUDANTE DE OBRA		X
12	LUIS EDUARDO CARVAJAL OYOLA	79.508.346	AYUDANTE DE OBRA		X
13	ROBILSON HYNIS ESPINOSA	79.734.522	AYUDANTE DE OBRA		X
14	HAROLD YESID LOPEZ MAYORGA	1.072.198.326	AYUDANTE DE OBRA		X
15	ARGELIO BURGOS SANTOS	1.018.414.558	AYUDANTE DE OBRA		X
16	CARLOS HUMBERTO BARAJAS ROJAS	79.544.681	AUXILIAR DE ELECTRICIDAD		X
17	ELIAS OYALA VELASQUEZ	1.024.502.797	AYUDANTE DE OBRA		X
	SUBCONTRATISTA: JORGE ENRIQUE MOJICA				
19	JULIO ARTURO TAPIERO MARTINEZ	88.139.253	TECNICO		X
20	JORGE ALONSO RODRIGUEZ SABOGAL	79.821.949	INSTALADOR		X

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO
SUBCONTRATISTA: STOR CONSTRUCCIONES SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	IVAN ORLANDO RAMIREZ ALVAREZ	1.024.579.272	OFICIAL DE OBRA	X	
2	JEAN PAUL RIVEROS RODRIGUEZ	1.023.366.448	AYUDANTE DE OBRA		X
3	CARLOS ALEXIS PORRAS LOTERO	80.807.271	SOLDADOR	X	
4	JAVIER SAUL ALBA MAYORGA	79.900.758	SOLDADOR	X	
5	YINI PAOLA JERONIMO JERONIMO	1.007.767.345	AYUDANTE DE OBRA (OFICIOS VARIOS)		X
6	JHON JAIRO LARROTA MOLANO	1.056.709.572	OFICIAL DE OBRA	X	
7	ANDRES FELIPE BARRAGAN NAVARRETE	1.000.322.681	AYUDANTE DE OBRA	X	
8	EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA	1.024.483.375	OFICIAL DE OBRA	X	
9	LUIS CARLOS RIVILLO BALLEN	79.387.044	MAESTRO DE OBRA	X	

COORDINADORES DE ALTURAS AUTORIZADO: EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA

PERSONAL APROBADO COLEGIO SAN ISIDRO SUR - COLEGIO SAN CRISTOBAL SUR
SUBCONTRATISTA: D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	HECTOR JULIO PARRA RAMIREZ	1.069.230.045	OFICIAL DE OBRA	X	
2	HECTOR LIBARDO DUCARA BEDOYA	80.437.757	OFICIAL DE OBRA	X	
3	DANIEL FERNANDO ORTIZ SALAMANCA	1.014.204.834	GERENTE GENERAL	X	
4	MAURICIO CAMACHO REYES	79.211.765	AYUDANTE DE OBRA	X	
5	JESSICA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ	1031152036	GERENTE TECNICO	X	
6	FABIO JAVIER ORTIZ ALBARRACIN	79279184	AYUDANTE DE OBRA		X
7	JUAN PABLO GARCIA ORTIZ	1010246899	INSTALADOR	X	
8	ALEJANDRO LONDOÑO MORENO	79714637	INSTALADOR	X	
9	JHON LUNA	24292720	AYUDANTE DE OBRA	X	
10	AVEL OTALVARO MADRIGAL	1024499702	AYUDANTE DE OBRA	X	
11	PABLO EMILIO GORDILLO LARIOS	5.837.347	OFICIAL DE OBRA	X	

COORDINADOR ALTURAS AUTORIZADO: JESSICA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO SAN ISIDRO SUR ORIENTAL

MORALBA SEDE C - AGUAS CLARAS - LA BELLEZA - EMERGENCIA VITELMA

SUBCONTRATISTA: ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	LUIS FERNANDO AMAYA CARVAJAL	74.320.384	MAESTRO DE OBRA		X
2	CRISTIAN FELIPE BETANCUR ARIAS	1.000.463.266	AYUDANTE DE OBRA		X
3	GABRIEL ANGEL BETANCUR GUEVARA	9.993.089	AYUDANTE DE OBRA		X
4	CESAR DAVID ARROYO CAPACHERO	1068819836	AYUDANTE DE OBRA		X
5	BRAYAN ALARCON MORENO	1010231694	OFICIAL DE OBRA		X
6	ANDERSON GUAYACAN SAAVEDRA	1033803772	OFICIAL DE OBRA		X
7	HEINER JHOHAN GUAYACAN SAAVEDRA	1031147699	OFICIAL DE OBRA		X
8	CARLOS MACETO PAREDES	1033725563	OFICIAL DE OBRA		X
9	EDGAR ANTONIO URREA RODRIGUEZ	19435826	MAESTRO DE OBRA		X
10	DANIEL LEONARDO CRUZ LANCHEROS	80818748	AYUDANTE DE OBRA		X
11	HILDEBRANDO AMADOR CUERVO	79856726	MAESTRO DE OBRA		X
12	OMAR ORLANDO LAMBRAÑO	1031163882	AYUDANTE DE OBRA		X
13	JOSE DANIEL JARAMILLO	1033804921	AYUDANTE DE OBRA		X
14	EZEQUIEL DARIO MONTOYA GOMEZ	1.024.494.637	AYUDANTE DE OBRA		X
15	CRISTIAN FELIPE BETANCUR ARIAS	1000463266	AYUDANTE DE OBRA		X
16	SERGIO LUIS VELASQUEZ PRIMERA	1001833211	OFICIAL DE OBRA		X
17	ANDRES FELIPE JIMENEZ PEÑA	1233497064	INSPECTOR DE OBRA		X
18	CARLOS ANDREA BONILLA URRERA	1033704141	AYUDANTE DE OBRA		X
19	FREDDY JULIO BERRIO	1101444474	AYUDANTE DE OBRA		X
20	JHON CARLOS PEREZ CARDONA	1052948592	AYUDANTE DE OBRA		X
SUBCONTRATISTA: CARLOMAN					
23	CARLOS ANDRES SANCHEZ MNDEZ	80.130.906	MAESTRO DE OBRA		X
24	GERMAN GUARN PEÑA	19.491.434	OFICIAL DE OBRA		X
25	JOSE ALEJANDRO GARZON	79.735.994	MAESTRO DE OBRA		X
26	JULIO CESAR RAMIREZ CANO	3.065.169	AYUDANTE DE OBRA		X
27	ORLANDO SANCHEZ MENDEZ	79.670.442	MAESTRO DE OBRA		X

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO: ALTAMIRA SEDE B - ENTRENUBES SEDE A - TOMAS RUEDA SEDE A - JOSE FELIX RESTREPO C

SUBCONTRATISTA: COMET AIKA

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ	1.000.620.154	AYUDANTE DE OBRA		X
2	CRISTIAN CAMILO CASTILLO ROJAS	1023908209	AYUDANTE DE OBRA		X
3	GERARDO LIZARAZO	17495081	MAESTRO DE OBRA		X
4	JHON STEVEN TORRES CAGUA	1023973618	AYUDANTE DE OBRA		X
5	JOHAN NICOLAS TENZA MELO	1002728091	AYUDANTE DE OBRA		X
6	AKRAM MACKENZIE CASTILLO DUARTE	1124021607	AYUDANTE DE OBRA		X
7	DICKSON GERMAN JAIME LUIS	1.067.878.341	AYUDANTE DE OBRA		X
8	JULIO DUARTE ORTIZ	19.424.886	AYUDANTE DE OBRA		X
9	JEISSON ALEXANDER SANCHEZ CASTIBLANCO	1.024.515.705	OFICIAL DE OBRA		X
10	JHORLEN SEBASTIAN SARRIA RACINES	1.062.323.601	AYUDANTE DE OBRA		X
11	VIVIAN ROCIO CASTRO CASTRO	1.022.330.907	RESIDENTE DE OBRA		X
12	ARTHUR ALEJANDRO CELY CORREA	80.130.485	OFICIAL ELECTRICO		X
13	DANIEL CAROMA CAPERA	1.108.832.086	AYUDANTE DE OBRA		X
14	JOSE DAVID SANTANA HERNANDEZ	1.007.964.327	AYUDANTE DE OBRA		X
15	JULIO CESAR CONTRERAS GARCIA	19.447.388	AYUDANTE DE OBRA		X
16	RAUL JOSE ROMERO HERNANDEZ	79.547.116	OFICIAL DE OBRA		X
17	FELIPE ANDRES CAGUA RESTREPO	1.000.213.615	AYUDANTE DE OBRA		X
18	LEONARDO PALENCIA GODOY	1.007.596.305	AYUDANTE DE OBRA		X
19	LUISA FERNANDA NOMEZQUI MEDINA	1.000.984.459	TECNICO SST		X
20	CAMILO ANDRES CASTIBLANCO CALLEJAS	1.023.968.166	AYUDANTE DE OBRA		X
21	EDGAR ENRIQUE SASTOQUE DIAZ	79.410.931	OFICIAL ELECTRICO		X
22	LUIS ALVERTO CUESTA	19.190.037	OFICIAL ELECTRICISTA		X
23	ANDRES DANILO ZABALA QUINCENO	1.120.382.368	OFICIAL DE OBRA		X
24	ANGIE VANNESA MESA CASTRO	1.022.984.538	TECNICO SST		X
SUBCONTRATISTA - ROAD BUILDING S.A.S					
25	CARLOS ALBERTO VALENCIA	18592336	AYUDANTE DE DESMONTE	X	
26	JORGE ANDRES TORRES QUINTERO	80069071	AYUDANTE DE DESMONTE	X	
SUBCONTRATISTA - HIDRAULICA AYA S.A.S					
27	JHON DARWIN OLAYA LEAL	1122679373	AYUDANTE HIDRAULICO		X
28	JOSE REYES SANCHEZ AGUILAR	1051954914	AYUDANTE HIDRAULICO		X
29	PEDRO YECID RODRIGUEZ AGUILAR	20794536	AYUDANTE HIDRAULICO		X
SUBCONTRATISTA - IEC S.A.S					
30	LIBARDO PEÑUELA COLMENARES	1022927292	AYUDANTE DE INSTALACION	X	
31	JUAN CARLOS LIZCANO PEREZ	79614755	AYUDANTE DE INSTALACION	X	
32	JOE DANIEL HERRERA MANCERA	11187399	AYUDANTE DE INSTALACION	X	
33	JORGE FACED VANEGAS MEDINA	12629394	AYUDANTE DE INSTALACION	X	
34	JHON ERIK OSPINA ROMERO	1001276813	AYUDANTE DE INSTALACION	X	
35	DOGLAS DE JESUS CANCHILA HERRERA	1063280270	AYUDANTE DE INSTALACION	X	

PERSONAL APROBADO TOMAS RUEDA

SUBCONTRATISTA: SOLUCIONES INGENIERIA SAS (TOPOGRAFIA)

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	LINA MARCELA OSPINA CASTAÑO	1.151.957.748	CADENERA		X
2	CAMILO ANDRES LEON DELGADO	1.023.887.320	TOPOGRAFO		X
3	EDER ROLANDO RODRIGUEZ SALAMANCA	11.355.387	INSPECTOR		X

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO COLEGIO NUEVA DELHI - JOSE JOAQUIN CASTRO - ALEMANIA UNIFICADA
SUBCONTRATISTA: VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	EDINSON EDUARDO CAMACHO BUSTOS	1.105.791.400	OFICIAL INTALACION	X	
2	LIBARDO RICAURTE RAMIREZ	14.320.293	OFICIAL INTALACION		X
3	JUAN CAMILO MENDEZ LOZADA	1.006.878.412	OFICIAL INTALACION		X
4	LUIS ANGEL PORRAS GONZALEZ	1010176561	OFICIAL INTALACION		X
5	JHONATAN ALEXIS DEVIA BONILLA	1024579776	OFICIAL INTALACION		X
6	CAMILO ALONSO RAMIREZ ROMERO	80.419.842	INSTALADOR		X

PERSONAL APROBADO COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA
SUBCONTRATISTA: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ERNESTO JAVIER OSPINA HERNANDEZ	80.138.312	SUPERVISOR		X
2	LUIS GABRIEL OSPINA HERNANDEZ	1110540575	OPERARIO		X
3	CARLOS EDUARDO OCHOA ECHEVERRIA	4578304	INSTALADOR		X

PERSONAL APROBADO COLEGIOS GLORIA VALENCIA EMERGENCIA - ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B - JARDIN ALPES
SUBCONTRATISTA: HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS SAS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	ANDERSON STEVEN PRIETO ZAMUDIO	1.023.866.535	AYUDANTE DE OBRA		X
2	CESAR ERNESTO ESCARRAGA	18.222.071	AYUDANTE DE OBRA		X
3	JAVIER ANTONIO GONZALEZ CESPEDES	80.880.058	OFICIAL DE OBRA		X
4	JHON JAIRO PRIETO GALEANO	79.746.731	AYUDANTE CONSTRUCCION		X
5	DEIVER ENRIQUE GOMEZ CASTILLO	1.033.694.434	AYUDANTE CONSTRUCCIÓN		X
6	CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA	1.032.362.568	ORNAMENTADOR		X
7	CAMILO ANDRES NAVARRETE BOLIVAR	1.000.212.989	AYUDANTE CONSTRUCCIÓN		X

PERSONAL APROBADO COMO VISITANTES

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA
1	FREDI ELIECER DIAZ JARA	3.186.006	INGENIERO DE SIGMA	SIGMA SYC
2	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ	1.024.561.771	REPRESENTANTE LEGAL	SIGMA SYC
3	JULY RIVILLO	1.030.578.618	STOR CONSTRUCCIONES	STOR CONTRUCCIONES
4	YONATAN YESID MOTA PEÑUELA	1.019.099.541	INGENIERO	AXN INGENIERIA
5	FEDERICO RIOS SUZUNAGA	1.032.477.748	DELINEANTE	COMET AIKA
6	DANNY JOHANN ASDRUBAL CASTRO BASTIDAS	80.850.225	ARQUITECTO	COMET AIKA
7	LEONARDO SARMIENTO AMORTEGUI	80.114.877	CONDUCTOR	COMET AIKA
8	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	79.209.739	CONTRATISTA	CARLOS JULIO GUTIERREZ
9	ANDRES DAVID DORADO DIAZ	1.019.152.865	VISITANTE	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR
10	YEIMI PAOLA VELASQUEZ RINCON	1.072.921.167	SST	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR
11	JAVIER ANDRES ESCOBAR PINTOR	1.026.558.978	INGNIERO IEC	IEC
12	EDUARDO GOMEZ GUERRERO	79.908.575	INGNIERO IEC	IEC
13	JORGE ENRIQUE MEDINA	79.305.053	REPRESENTANTE LEGAL	JORGE ENRIQUE MEDINA

Powered by CamScanner

PERSONAL APROBADO INGRESO DE VEHICULOS				
VEHICULO	**PLACA**	**NOMBRE**	**CEDULA**	**CARGO**
VOLQUETAS	EQR478	JAIRO ALEXANDER RODRIGUEZ URREA	79.805.094	CONDUCTOR
	AJB925	WILLIAM MARTINEZ BELTRAN	79.255.740	CONDUCTOR
	JAJ907	VICTOR JULIO VILLAGRAN BARRANTES	80.452.768	CONDUCTOR
	SCG827	VICTOR STEVEN VILLAGRAN CORREDOR	1.024.550.105	CONDUCTOR
	SKJ883	YONI ALEJANDRO GARIBELLO JACOBO	79.958.462	CONDUCTOR
	VSC216	ARIEL PRIETO CIFUENTES	2.326.351	CONDUCTOR
CAMIONES	AMI006	ESTEBAN DORIA QUINTERO HENRY DORIA SANCHEZ JOSE HELIBERTO GARZON GARZON	1041256394 1041256215 3236483	CONDUCTORES DE LOS CAMIONES
	SZU400			
	WEP388			
	WTF254			
	WFL045	EDILSON EMIRO QUITIAN	1101175074	CONDUCTOR
		NEISON URIEL QUITIAN OSMA	80138327	AYUDANTE
		NEIDER YESID BENAVIDES QUITIAN	1233490706	AYUDANTE
	WFT696	CESAR ALEXIS GONZALEZ NEUTA	79831133	CONDUCTOR

MAQUINARIA					
COLEGIO	**MARCA**	**LINEA**	**MODELO**	**OPERADORES APROBADOS**	**EMPRESA**
TOMAS RUEDA SEDE A	HITACHI	EX50U	2004	EDWIN MANUEL LOPEZ LEDEZMA	SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS

Powered by CamScanner

ANEXO SST-20. REGISTRO DE CHARLAS Y CAPACITACIÓN

PÁGINA: 1 de 1	**ASISTENCIA A CAPACITACION**
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Pausas Activas

MARCAR CON "X"

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

FECHA: 5 / 06 / 2023 **DURACIÓN:** 3 mks

LUGAR: CARBONELL.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	YAIR OSEAME	80807876	OFICIAL
2	Rabilson Espinosa	79734577	ayudante
3	Adelmir ANGULO	79682771	Ayudante
4	Johnny Parra	1010223326	encnape.
5	Roberto Romero	5974199	auxiliar
6	Orley Cardona	1045996 33	OFICIAL
7	Justo Oxola	14228112	Ayuntc
8	Luis Eduardo Oyola	79505746	plomero
9	Ernesto Buitrago	1012356138	Ayudante
10	Jesus Pallares	79555369	instalador
11	Arturo Tapiero	79307877	AUXILIAR
12	HAROLD LOPEZ M.	1072148376	Ti. Legal
13	jorge. 2 Mojica.	79.305053	encnape.
14	Roberto Romero	5974199	
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Riesgo locativo (almacenamiento adecuado de material.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados CARBONELL. **FECHA** 6 06 2023 **DURACIÓN:** 5 hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Roberto Romero	5874199	encargado
2	Robinson Espinosa	79245522	encargado
3	Johann Forero	1010223326	Ayudante
4	Jaime Ayola	14228112	OFICIAL
5	Luis Eduardo Ayola	7950346	Ayudante
6	HAROLD YESID LOPEZ M	1072198326	AUXILIAR
7	YAIR AUDREY USGAME	80807876	OFICIAL
8	ADEMIR ANGULO	79.680.771	ayudante
9	Samuel Romero	[illegible]	[illegible]
10	Orley Cardona	16599633	auxiliar
11	JESUS DAVID PEREZ	7955536	Ayudante
12	Guillermo Nuñez	73347897	oficial
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Patilla Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Como diligenciar un permiso de trabajo para actividades criticas.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados CARBONELL. **FECHA** 07 06 2023 **DURACIÓN:** 5 Hs.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	YAIR ANDRES USGAME	80807876	OFICIAL
2	Oney Cardona	1855996 33	auxiliar
3	Robinson Espinosa	79754522	enchapE
4	OYOLA.	1122298112	OFICIAL
5	HAROLD YESSID LOPEZ MAYORGA	1072198326	AUXILIAR
6	Ademir ANGULO	79 682771	ayudanTC
7	LUIS EDUARDO OYOLA	79504346	AYUNTC
8	Roberto Romero Avila	5874199	enchapE
9	JESUS PERRA PUERTO	79555362	AYUDANTE
10	Johann Forero	1010 223326	AYUDANTE
11	[illegible]	3 [illegible]	OFICIAL
12	Guillermo Moyano F.	93'542 892	oficial
13	[illegible]	1012261 3C	plomero
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla G.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Importancia de la actividad fisica

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados **FECHA** 8 06 2023 **DURACIÓN:** 5 15

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos M Barajas Rojas	79544687	Auxiliar Ayudante
2	Elias Ayola V.	1024502797	Oficial
3	YAIR ANDRES USGAME	80 807 876	OFICIAL
4	HAROLD VESSILOREZ M	1072198326	AUXILIAR
5	Johann Forero	1010773326	Ayudante
6	Robinson Espinosa	79582772	enchape
7	Ademir ANGULO	79682771	ayudante
8	Orley Cardoa	18599677	auxiliar
9	Jesus parra perez	79555369	Ayudante
10	Luis Eduardo ayola	79505746	Ayudante
11	Guillermo Novoa	73547897	oficial
12	Justo Ayola	14798119	OFICIAL
13		3[illegible]42	OF
14	Roberto Romero P.	5474199	enchape.
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Patiña.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Sin superheroes en obra.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados — Carbonell

FECHA 09 06 2023 **DURACIÓN:** 5 15

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Johann Forero	1010223326	Auxiliar
2	Jesus Pulla Perez	79555362	Ayudante
3	Justo Ochoa	1128112	Oficial
4	Oiley Cardona	85999633	auxiliar
5	Luis F Carvajal Ayala	79508346	Ayunte
6	Andrey Angulo	79682771	Ayudante
7	Carlos H Barajas	79546887	Ayudante
8	Angelo Burgos	1018411558	soldador
9	Elias Ocola V.	1024507797	Oficial
10	Guillermo Reyes J	73547897	oficial
11	Camilo Bustamante	1012356138	planeador
12	Roberto Romero Ruiz	58774199	Encofrador.
13	Samuel Ramos	3484612	oficial
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla G.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Riesgo Mecanico (atrapamiento por uso de joyas).

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados CARBONELL. **FECHA** 10/06/23 **DURACIÓN:** 45.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	HAROLD YESSID LOPEZ MAYORGA	1072198326	AUXILIAR
2	Aydelio Burgos	1018411558	soldador
3	Jesus Parra Perez	79555367	Ayudante
4	Ernesto Buitrago	1012256138	Plomero
5	Johann Forero	1090283326	Auxiliar
6	Carlos H Buraglá R	79544687	Auxiliar
7	Elias Ayola.	1024502797	Ayudante.
8	YAIR USGAME O.	80807876	OFICIAL
9	Guillermo Novoa	79.582.897	Oficial
10	Ademir Angulo	79682771	Ayudante
11	Edmundo Romero	3486412	Oficial
12	Robilson Espinosa	7973422	Enchape
13	Roberto Romero P.	5474199	enchapt
14	Luis E Carvajal Ayola	79505746	Auxiliar
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla G.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CODIGO: RHF-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: PAUSAS ACTIVAS

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL. FECHA: 23 / 05 / 2023 DURACIÓN: 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Guillermo Nova C	73.547.277	Oficial
2	Roberto Romero	8.477.418	operario
3	Laura Bustillo	1012796128	planeacion
4	Oriley Cardona	1.859.963.35	ayudante
5	Adelmir ANGULO	79.682.771	AYUDANTE
6	Robinson Espinosa	79.945.22	AUXILIAR
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	HAROLD LOPEZ	1.072.198.526	AUXILIAR
9	Luis E Carvajal	79.508.346	AYUDANTE
10	Hernesto Oxoa	7422812	OFICIAL
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Que son los accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL. FECHA: 24 / 05 / 23. DURACIÓN: 5 hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JESUS DAVID PAEZ	1745553562	AYUDANTE
2	HAROLD YESSID LOPEZ	1072198326	AUXILIAR
3	Edemir ANGULO	79 662 771	AY
4	JAIR USGATE	80 807 876	OFICIAL
5	Roberto Romero	5474179	COCINERO
6	Robinson Espinosa	79734524	Ayudante
7	Cristian Santiago	1019766138	Ayudante
8	Yesid Osorio	1122807	Oficial
9	Orley Cardona	18549633	ayudante
10			
11	Edgard Ramos	3C10410	Oficial
12	Guillermo Novoa	73'547.887	Oficial
13	Luis Carvajal	29508946	Ayudante
14	Johann Forero	1010223326	Ayu
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla G.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 8		
CODIGO: RHF-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Ruido y Vibraciones

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
X	Otro		Técnicas Calidad		Contratistas
			Otra		Otro

LUGAR: Carbonell. FECHA: 25 05 20 23 DURACIÓN: 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Robilson Espinosa	7973452	Auxiliar encha pe.
2	Roberto Romero	5476199	
3	Luis E Carvajal	79053346	Ayuante
4	Jesus Purra Perez	79555362	Ayudante
5	HAROLD YESID LOPEZ	1072987326	AUXILIAR
6	Ademir Angulo	79.681771	Ayudante
7			
8	Jhay Cordoba	1065996637	ayudante
9	Jonathan Bautista	1012356178	Oficial
10	Justo Ayola	1427841847	Oficial
11	Guillermo Novoa	73547297	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla. Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	**ASISTENCIA A CAPACITACION**
DOCUMENTO CONTROLADO	

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Orden y aseo de areas

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL. FECHA: 26 / 05 / 20 25 DURACIÓN: 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Robilson N. Espinosa	79773452	Auxiliar
2	Orly Cardona	1454933	auxiliar
3	Guillermo Woude	93547897	Oficial
4	Jhon Londoño	1018386138	Numerico
5	Ronald	340412	otro
6	Ernesto Ochoa	14228112	OFICIAL
7	HAROLD YESSID LOPEZ	1072198526	AUXILIAR
8	Roberto Romero	5474199	encargado
9	JESUS David LOPEZ	79553362	AYUDANTE
10	Yiseal Valdez	79505346	Ayunte
11	ADEMIR ANGULO	79-682471	AYUDANTE
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	
VERSIÓN: 4	
CODIGO: RHJ-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Riesgo locativo

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL FECHA: 27 05 20 23 DURACIÓN: 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jesus para pere	79555362	Ayudante
2	HAROLD JESSID LOPEZ	1072148326	AUXILIAR
3	YAIR ANDRES USCATEGUI	80807-876	OFICIAL
4	Carolina Bourguet	1019356138	Planeary
5	Oley Cardona	1659963?	auxiliay
6	Adair ANGULO	79.682.771	ayudante
7	Johann forero	1010223326	Ayudante
8	Justo Otalo	14298112	OFICIAL
9	Guillermo Nava	73327897	OFICIAL
10			
11	Jhon Esperanza	7497322	Auxiliar
12	Roberto Remolo	5476199	Encargado.
13	Luis Salvajo	79505746	Ayudante
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla C.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CODIGO: RHF-034	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Orden y aseo en areas de trabajo. notificación de peligros y riesgos.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administradores
	Capacitación Específica	Y	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copaast / Brigadistas
			Técnicas Calidad		Contratistas
X	Otro:		Otros		Otros

LUGAR: CARBONELL. FECHA: 29 / 05 / 20 23 DURACIÓN: 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	~~Efto~~ OYOLA	14228113	OFICIAL
2	Guillermo Novoa	73547897	Oficial
3	Robilson Espinosa	7872457	Ayudante
4	Johann Toledo	1010223526	Ayudante
5	Roberto Romero	1047199	encalze.
6	Luis Carvajalo	79508346	Ajunte
7	Manuel Ramirez	348412.	Oficial.
8	Jesus Portopero	17955362	Ayudante
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL
Valentina Portilla.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	ASISTENCIA A CAPACITACION
DOCUMENTO CONTROLADO	

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Higiene personal, aseo campamento.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL. FECHA: 30 05 2023 DURACIÓN: 5hs.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Orley de Jesús Cardona	1859496[illegible]32	auxiliar
2	HAROLD YESSID LOPEZ M	1072198326	AUXILIAR
3	Johnson Forero	1010223326	Ayudante.
4	JESUS DAVID [illegible]	7955536[illegible]	Ayudante
5	ADEMIR ANGULO	79[illegible]37,	Ayudante
6	[illegible] OYOLA	14-[illegible]12	OFICIAL
7	Guillermo Novoa	73'542.892	oficial
8	Roberto Romero	5174199	en chape.
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	LUIS CARLOS DE OYOLA	79[illegible]46.	Ayudante
11	Manuel Ramirez.	3984[illegible]2.	oficial
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1
VERSIÓN: 4
CODIGO: RHT-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Inspección adecuada de herramientas (pulidora, rotomartillo etc).

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL. FECHA: 31 05 2023 DURACIÓN: 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Ademir ANGULO	79.682.771	ayudante
2	Johann Forero	1010223326	Ayudante
3	Orley Cardona	1059963	auxiliar
4	Isto Ospina	1082828118	OFICIAL
5	HAROLD YESID LOPEZ M	1072198326	AUXILIR
6	Alonso Rodriguez	79.821.926	Ventanera.
7	Roberto Romero	5824199	encargado
8	JESUS PALLA PEREZ	79555362	AYUDANTE
9	TROBIJO M Espinosa	701/3462	encargado
10	LUIS E Carvajal Ospina	79508346	Ayuntar
11	Daniel Ramos	1030611513	oficial
12	Gustavo Ochoa	73547877	
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla. Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Orden y aseo de areas — Uso adecuado de epp.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL — FECHA: 1 / 06 / 2023 — DURACIÓN: 3 hrs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Ademir Angulo	79 682 771	ayudante
2	Orlet Cardona	16 399 633	auxiliar
3	HAROLD YESID LOPEZ MO	1077 198326	AUXILIAR
4	Jesus david perez	7755364	AYUDANTE
5	Johann forero	1010223326	Ayudante
6	Roberto Romero	5874199	Encofrador
7	Jesto Ayala	1022811	Oficial
8	Guillermo Nova	73547817	Oficial
9	Robilson Espinoza	79735521	ehonape
10			
11	Ar Turo Tapieros	88139253	instalador
12			
13	Alonso Rodriguez	79821949	Instalador
14	Gerard Rodriguez	3468413	Oficial
15	Luis Eduardo Ayala	79505346	Ayunte
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Proyeccion de particulas. (uso tapa bocas y epp)

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL **FECHA** 2 06 2023 **DURACIÓN:** 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Adelir ANGULO	79 682 731	AYUDANTE
2	Robinson Espitia	79734522	enchape
3	Orley Cardona	15519639	auxiliar
4	Johann Varela	1010223326	AYUDANTE
5	Justo OYOLA	1422112	OFICIAL
6	Luis Eduardo Valdivia	79508346	AYUDANTE
7	Cristian Bustos	1012356138	Ayudante Oficial
8	Guillermo Montes	73547892	oficial.
9	Roberto Romero	3371199	enchape
10	Arturo Jaspiero	88139753	instalador
11	Jorge Mojica. A	79805057	R.Legal.
12	Edwin Reyes	3404?2	ofic
13	Jesus Daniel Perez	79555369	Ayudante
14	HAROLD VESSID LOPEZ M	1072198376	AUXILIAR
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla. G.	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: RIESGO BIOLOGICO (VIRUS, HONGOS, BACTERIAS).

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: CARBONELL **FECHA** 30 08 2023 **DURACIÓN:** 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	HAROLD YESSID LOPEZ M	1072198326	AUXILIAR
2	Guillermo Reyes	73.[illegible]	[illegible]
3	ADEMIR ANGULO	79 682 771	AYUDANTE
4	Roberto Romero	5474199	encofrador
5	Robinson Echenoca	19734522	encofrador
6	Jhonnel Ramos	3184[illegible]0	[illegible]
7	Arturo Tapiros	88 139753	instalador
8	Jorge L. Mojica	19305.053	R. Legal
9	Orley Cardona	18599633	auxiliar
10	Luis Carvajalayola	79508346	Ayudante
11	Johann Rocio	1010723326	Ayudante
12	YAIR ANDRES JIMENEZ	80807876	OFICIAL
13	Jesus Oyola	14228112	OFICIAL
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Importancia de la actividad Fisica - Induccion y no uso de sustancias psicoactivas

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados | **FECHA** 08 06 23 | **DURACIÓN:** 5hs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Fredy Tello	1.107.444.474	Ayudante
2	Oscar Peñaloza	1193211351	Ayudante
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Sin super heroes en obra.

MARCAR CON "X"

TIPO		
		Inducción - Reinducción
		Capacitación Específica
		Simulacro
		Entrenamiento
	X	Charla

TEMAS		
	X	Seguridad Industrial
	X	Salud Ocupacional
		Medio Ambiente
		Técnicos Calidad
		Otros:

DIRIGIDO		
		Gerencia- Directores- Administrativos
		Trabajadores Operativos
		Copasst / Brigadistas
		Contratistas
		Otros:

LUGAR: Oficinas Administrativas Profesionales Asociados

FECHA 09 | 06 | 23 **DURACIÓN:** 3h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	[illegible]	[illegible]	Ayudante
2	Oscar Pardomo	1193219354	Ayudante
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Valentina Portilla Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

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

TEMA: Pausas activas y Estiramiento

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Colegio Entre Nubes Sede A | FECHA: 23 05 2023 | DURACIÓN: 20 MTS

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeisson Sanchez.	1024515705	OFICIAL
2	Mackenzie Castillo	1124021607	Ayudante
3	Leonardo Godoy	1007576325	Ayudante
4	Julio Cesar Contreras	1094738883	Supervisor
5	Raul Hernandez	79581116	Oficial
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1 VERSIÓN: 4 CÓDIGO: RH-F-004 DOCUMENTO CONTROLADO	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

Que son los AT y ENF laboral

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: ITO entre nubes A | FECHA 24/05/23 | DURACIÓN: 10min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Akram Mackenzie Castillo	1124621607	Ayudante
2	Leonardo Cadavid Valencia	1087596705	Ayudante
3	Jeisson Sanchez	1024515705	OFICIAL
4	Julio Cesar Contreras	19447388	Ayudante
5	Alvaro Carlos Amaya	1101752159	Residente
6	Raul Hernandez	79534716	Oficial
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Ruidos y Vibraciones

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Entre Nubes Sede A | FECHA: 25/05/23 | DURACIÓN: 0 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeisson Sanchez.	1024557035	Oficial
2	Julio Cesar Contreras	19447388	Ayudante
3	Leonardo Godoy Palencia	1007596305	Ayudante
4	Abram Mackenzie castillo	1124021607	Ayudante
5	Raul Hernandez	79547116	Oficial
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Orden y aseo de Areas.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED entre nubes sede ca FECHA 26/05/23 DURACIÓN: 5min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Leonardo Godoy Valencia	1007596305	Ayudante
2	JULIO CESAR CONTRERAS	94447389	Ayudante
3	Jeisson Sanchez.	1024515705	Oficial
4	Saul Hernandez	79747116	Oficial
5	Abram Mackenzie castillo	1124021657	Ayudante
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Riesgo locativo.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Entre nubes A. | FECHA 27/05/23 | DURACIÓN: 10 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	GERARDO LIZARAZO	17495081	MTO.
2	ANDRES FELIPE QUINTERO M	1006616154	ANDRES QUINTERO
3	CRISTIAN CAMILO CASTILLO	1023908700	AUXILIAR
4	Daniel Alonso Lopez	1006880038	Aprendiz
5	Jorge Lizarazo	73550649	Jorge
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	7

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Altamira sur oriental | FECHA: 21/05/23 | DURACIÓN: 15 M.M.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	ANGIE FELIPE QUINTERO M.	1000670154	MODANTE
2	CRISTIAN CAMILO CASTRO	1020910959	AYUDANTE
3	JORGE LUIS R.	7353649	
4	Sebastian Andres Felipe	1000933615	
5	DANIEL CAMARGO CAPLA	1100853208	Ayudante
6	GERARDO LIZARAZO O	17495081	FIZ MAESTRO
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Orden de campamentos Higiene Personal

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Altamira FECHA: 30 mayo DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Andres Felipe Quintero M.	1000620154	Ayudante
2	Cristian Camilo Castillo	1023097209	Ayudante
3	[illegible]	73550649	Oficial
4	[illegible]	1000813618	[illegible]
5	[illegible]	1102837084	Ayudante
6	Gerardo Lizarazo O	17435081	Maestro
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar.	
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Uso seguro pulidoras

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Altamira | FECHA 3/1/05 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	GERARDO LIZARAZO	17495081	MAESTRO
2	GIOVANNI CAMILO CASTILLO	1023908200	AUXILIAR
3	ANDRES FELIPE QUINTERO	1006601454	AYUDANTE
4	Jorge Luis	7335506649	oficial
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	7

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Prevencion lesiones Manos y Brazos

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Alta mira sede B FECHA 1 | 06 DURACIÓN: 5min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	GERARDO LOZARTE	17950081	Maestro
2	(VISITA) CAMILO CASTILLO	1023908079	Ayudante
3	ANDRES FELIPE QUINTERO	1006120154	AYUDANTE
4	Jose Luis R	73550649	oficiales
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar. Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Lesiones cutaneas por proyeccion de particulas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: IED Altamira Sur oriental B FECHA 02/06/23 DURACIÓN 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jorge [illegible] R	7355649	oficial
2	[illegible] Castillo	1023906609	AYUDANTE
3	[illegible] Andres Felipe	1000813615	[illegible]
4	Andres Mauricio Zabala Quiceno	1120382369	oficial
5	GERARDO ZARAZO	1749508	MAESTRO
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar.	
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Altamira Sur Oriental Sede B | FECHA 03/08/23 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jorge Luis [illegible]	7385[illegible]6419	oficial
2	[illegible]	1073908704	Ayudante
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	Andres Mauricio Zabala Quiceno	1020382369	oficial
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar.	7
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

AT y enfermedad laboral

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Altamira B. FECHA 24 May DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Daniel carmona Caputa	1088370888	
2	Cristian Camilo Castillo	1023902209	
3	GERARDO LIZARAZO O	17495081	ELE
4	ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ	1006826154	ANDRES QUINTERO
5	Jorge Luis R	73550649	Jorge Luis
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

AT y enfermedad laboral

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Altamira B. FECHA 29 May DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Daniel Carmona Caputo	1088837088	
2	Nicolas Camilo Castillo	1023902209	
3	GERARDO LIZARAZO O	17495081	SLZ
4	ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ	1000620154	ANDRES QUINTERO
5	Jorge Luis R	73550649	Jorge Luis
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1 VERSIÓN: 4 CÓDIGO: RH-F-004 DOCUMENTO CONTROLADO	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

Tema: Ruidos y Vibraciones

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Colegio Altamira Sede A | FECHA 25 05 2023 | DURACIÓN: 15 MIN

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	CRISTIAN CAMILO CASTILLO	1073908209	AYUDANTE
2	Sergio [illegible] R	73550649	OFICIAL
3	Daniel Carmona Cabrera	1103931088	
4	ANDRES FELIPE QUINTERO MARTINEZ	1000670154	AYUDAS OFICIO
5	GERARDO IZAMA800	1749508I	GLZ
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Dora Nomezqui Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Tema: Orden y Aseo en puestos de trabajo

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Altamira sede B | FECHA 16/05/23 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	GERARDO LIZARAZO	17995081	MTO
2	ANDRES FELIPE QUINTERO M.	1000620154	ANDRES QUINTERO
3	CRISTIAN CASTILLO Rojas	1023902209	Ayudante
4	Daniel Caimanque Cortes	1109854088	Ayudante
5	Jorge Luis R	79550649	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar.	
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Tema: Sea Super Heroes en Obra

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Colegio Antonino | FECHA 25/05/2023 | DURACIÓN: 15 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Daniel Camara Cortes	1109370250	Ayudante
2	Julian Camilo Castillo	1073908209	Ayudante
3	[illegible]	73597649	[illegible]
4	Andres Quemero	1000670154	Andres Quemero
5	GERARDO LIZARAZO.O	17495081	GLZ
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Luisa Nomeaqui	
Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinduccion		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: X Patio Nubes D. FECHA 23/May DURACION: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Stevens Quintero	1000126104	Ayudante
2	Luis Ramirez	7033735610	Ayudante
3	Francisco M	6131179	oficial
4	Jhon Silva P.	79999519	Ayudante
5	Diego Rojas	1.013594644	Oficial
6			
7	Jesus S. Lopez	12973153	Auxiliar
8	Sneyder Perez	1070765	electricista
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Ruidos y Vibraciones

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitacion Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Calle Nubes D FECHA 25 May DURACION 20m

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON SILVA P.	79999319	AYUDANTE
2	Francisco M.	6131179	oficial
3	Rubenis Perez	1920769	Maestro
4	Jesus S Lopez	12973157	Ofic
5	Sergio Valencia	1000778186	Ayudante
6	WILSON GALAMANCA	1014178330	OFICIAL
7	Wilmer Acevedo	1.073.163.663	Ayudante
8	Luis Ramirez	1033735616	Modelo
9	Diego Reyes	1.013584644	Oficial
10	Steven Quintero	1000126103	Ayudante
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	

Que son los AT y EL

MARCAR CON "X"

TIPO			TEMAS			DIRIGIDO	
		Inducción - Reinducción			Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Asesores y otros
		Capacitación Específica			Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
		Simulacro			Medio Ambiente		Copasst - Brigadistas
		Entrenamiento			Técnicos Calidad		Contratistas
	X	Charla			Otros		Otros

LUGAR: Colegio entre Nubes D. FECHA 2 4 Mayo DURACIÓN 2 Hrs

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Steven Quintero	1000126107	Ayudante
2	Luis Ramirez	7033735610	Ayudante
3	Francisco H.	6131179	Oficial
4	JHON SILVA P.	29999319	AYUDANTE
5	Diego Rojas	1.013584644	Oficial
6			
7	Jesus Lopez	17973153	AUXILIAR
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

AUTORIZADO

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL TERCERO

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Orden y Aseo en las Areas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Patio Nubes D FECHA 26 Mayo DURACIÓN: 20m

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON SILVA P.	79999319	AYUDANTE
2	Francisco Gil	6131179	Oficial
3	Jhon Bayron Rojas	1.019.704.698	Maestro
4	Jesus Lopez	1247231173	Oficial
5	Sergio Navarrete	1000778186	Ayudante
6	WILSON SALAMANCA	1014178330	OFICIAL
7	Wilmer Acevedo	1.073.523.863	Ayudante
8	Luis Ramirez	1033735616	Ayudante
9	Diego Rojas	1013586644	oficial
10	Steveds Quintero	1000126107	Ayudante
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Campana Sin superheroes en obra.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio entre Nubes D FECHA 2 | 9 | Mayo DURACION: 30m

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JHON SILVA P.	79949319	AYUDANTE
2	FRANCISCO M	6131179	oficial
3	Jesus Lopez	1L 973153	Oficial
4	Sergio Navarrete	1000776185	Ayudante
5	WILSON SALAMANCA	1014178370	OFICIAL
6	Wilmer Acevedo	1.073.763.605	Ayudante
7	Luis Ramirez	1033735610	Ayudante
8	Diego Rojas	1.013539647	Oficial
9	Stevens Quintero	1000126107	Ayudante
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: Entre Nubes Sede D | FECHA: 2/05/23 | DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Steven Quintero	1000426102	Ayudante
2	Francisca H.	6131179	Oficial
3	Iran Silva	1999979 19	Ayudante
4	Jesus Lopez	1297153	Oficial
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CODIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Orden en las áreas Higiene postural

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administradores
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio entre Lubes D | FECHA: 30 / 05 / 14 | DURACIÓN: 1 (01)

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Steeven Quintero	1000 126709	Ayudante
2	Francisco H.	61311 79	Oficial
3	Jhon SILVA	79999319	TAPSP AYUDANTE
4	Jesus Lopez	12973153	TAPSP/RC/982
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	
VERSION: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Importancia de la actividad Fisica

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO A	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Especifica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Aire Nubes D FECHA 08/6/23 DURACIÓN

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Luis Ramirez	1033735610	Ayudante
2	Steven Quintero	1000126104	Ayudante
3	WILSON SALAMANCA	1014178330	OFICIAL
4	JHON SILVA P.	79999319	AYUDANTE
5	Carlos Peña	15373847	Maestro
6	Diego Rojas	1013589644	Oficial
7			
8	Francisco H	6131179	Oficial
9	Jesus S. Lopez	72973153	AYUDANTE
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: SH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Como diligenciar Permisos de Trabajo

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia - Directores - Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros	X	Otros

LUGAR: Colegio Entre Nubes D FECHA 07 06 2023 DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	LUIS Ramirez	7033735610	Ayudante
2	Stevens Quintero	1000126107	Ayudante
3	WILSON SALAMANCA	1014178330	OFICIAL
4	JHON SILVA P.	74999319	AYUDANTE
5	Carlos Peña	15373847	Maestro
6	Diego Rojas	1.013.589.644	Oficial
7	Francisco	6131179	oficial
8	Jesus Lopez	12973153	Auxiliar
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CODIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Riesgo Locativo Almacenamiento del material

MARCAR CON "X"

TIPO		Inducción - Reinducción	TEMAS	X	Seguridad Industrial	DIRIGIDO	Gerencia- Directores- Administrativos
		Capacitación Específica		X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
		Simulacro			Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas
					Técnicos Calidad		Contratistas
	X	Charla			Otros		X Otros

LUGAR: Entre Nubes D FECHA 06 06 23 DURACIÓN 2Cm

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Filauci s co H.	6031179	Rial
2	JHON SILVA P.	79999319	AYUDANTE
3	Stevens Quintero	1000126107	Ayudante
4	Carlos Pena	1537 5847	Carlos Pena
5	Jesus Lopez	12973153	AUXILIAR
6	Diego Rojas	1.013584644	oficial
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: entre Nubes D FECHA 05 06 2023 DURACIÓN 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	FRANCISCO H	6131124	OPIA
2	JHON SILVA P	79999 SIA	AUXILIANTE
3	Stevens Quintero	1000126107	Auxiliante
4	Carlos Pauta	153 33847	Carlos Pauta
5	Jesus Lopez	1L973153	AUXILIAR
6	Diego Reyes	1.013589644	oficial
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

entre Nubes D

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
X	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: SIA Super heroes en Obra FECHA 09/6/23 DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	LUIS Ramirez	1033735610	Ayudante
2	Stevens Quintero	1002126807	Aprendiz
3	WILSON SALAMANCA	1014178330	OFICIAL
4	JHON SILVA P	79999319	AYUDANTE
5	Carlos Peña	15373844	Maestro
6	Diego Rojas	1.013584 Cmy	Oficial
7			
8	Francisco H.	6131179	Oficial
9	Jesus Lopez	12473153	Auxiliar
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

entre Nubes D

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Riesgo Mecanico (Atrapamientos por cosas fijas) FECHA 10 6 23 DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Luis Ramirez	7023735610	Asesor
2	Stevens Quintero	1000127609	Ayudante
3	WILSON SALAMANCA	1014178330	OFICIAL
4	JHON SILVA P.	79949319	AYUDANTE
5	Carlos Pena	15373897	MOSTRO
6	Diego Rojas	1013594644	oficial
7			
8	Francisco H.	6131179	oficial
9	Jesus Lopez	12973163	Aplicari
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Pausas Activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Entre Nubes Sede A | FECHA 5/06/23 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Akram MacKenzie castillo Dix.	1124521607	Ayudante
2	Jeuson Sanchez.	1024515705	OFICIAL
3	Raul Hamander	79547116	oficial
4	JULIO CESAR CONTRERAS	19447388	AYUDANTE
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PAGINA 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CODIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Riesgo locativo Aim adecuado Material.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitacion Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: IED Entre Nubes A | FECHA: 06 06 2023 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeisson Sanchez.	1074853705	Oficial
2	Raul Hernandez	79597116	Oficial
3	Julio Rosales Reyes	1014473082	Ayudante
4	Alkram Mackenzie castillo	1124021607	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar. Firma de instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

como diligenciar un Permiso de trabajo Para acti criticas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: LEO Entre Nubes A | FECHA 07/06/23 | DURACIÓN: 5 Min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jesson Sanchez.	1024505705	Oficial
2	Raul Hernandez	79547116	Oficial
3	Julio Cesar Contreras	19447388	Ayudante
4	Akram Mackenzie Castillo	1124021607	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Importancia actividad fisica.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Entre Nubes. FECHA 8 06 23 DURACIÓN: 10min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jesson Sanchez.	1024515705	OFICIAL
2	Javi Hernandez	79104116	OFICIAL
3	Julio Cesar Contreras	19447388	AYUDANTE
4	Akram Mackenzie castillo	1124021607	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Sin Super Heroes en obra.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
X	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Entre NUBES A | FECHA 4/06/2023 | DURACIÓN: 15 Min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeisson Sanchez.	1024515705	OFICIAL
2	Davi Hernandez	79547116	OFICIAL
3	Julio CESAR CONTRERAS	19447388	AYUDANTE
4	Akram MacKenzie Castillo	1124021607	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar. Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Riesgo Mecanico (Atrapamiento Por uso de joyas)

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Entre Nubes sede A | FECHA: 10/06/23 | DURACIÓN: 10min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeisson Sanchez.	1024515705	OFICIAL
2	Raul Hernandez	79547116	OFICIAL
3	Julio Cesar Contreras	19497308	AYUDANTE
4	Akram Mackenzie Castillo	1124021607	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar. Firma de Instructor	

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Prevencion de lesiones en manos y Brazos.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IEO entre nubes sede A FECHA 1 06 23 DURACIÓN 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Akram Mackenzie castillo	1124896607	Ayudante
2	Jeisson Sanchez.	1024515705	Oficial
3	Leonardo Fabian Peñaloza	1057596395	Ayudante
4	Raul Hernandez	79547116	Oficial
5	Julio Cesar Cortes S	1144738 08	Ayudante
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Uso seguro pulidoras

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED Entre nubes sede a | FECHA 31/05/23 | DURACIÓN 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Akram Mackenzie Castillo	1124021607	Ayudante
2	Jeisson Sanchez.	1024515705	Oficial
3	Leonardo Godoy Palencia	1007596205	Ayudante
4	Raul Hernandez	79594716	Oficial
5	Julio Cesar Contreras	19447388	Ayudante
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar. Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Higiene en los campamentos e higiene personal.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED entre nubes sede A FECHA 30/05/23 DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Leonardo Sadoy Valencia	1007516705	Ayudante
2	Julio Cesar Contreras	19447388	Ayudante
3	Geisson Sanchez.	1024515705	Oficial
4	Raul Hernandez	79547116	oficial
5	Akrom Mackenzie castillo	1129021607	Ayudante
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: IED entre nubes sede A | FECHA 24/05/23 | DURACIÓN: 15 MN

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeisson Sanchez.	1024515705	OFICIAL
2	Leonardo Godoy	1007556305	Ayudante
3	Julio Cesar Contreras	19447388	Ayudante
4	Mackenzie castillo	1124021607	Ayudante
5	Raul Hernandez	79548716	Oficial
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Julian Escobar. Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: FHSE-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: lesiones cutaneus por Projeccion particulas.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción / Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
X	Otros		Técnicas Calidad		Contratistas
			Otros		Otros

LUGAR: IED entre nubes sede A | FECHA: 0 2-06 2023 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jeyson Sanchez	1024517705	oficial
2	Raul fernandez	79547116	oficial
3	Julio cesar Gutierrez	1944738B	Ayudante
4	Akram Mackenzie castillo	1124021607	ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL
Julian escobar.	
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO: REG-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: foja activa

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
X	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros		Otros:

LUGAR: Foja J. activa. FECHA 08/09/2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Alba.	79900758.	SOLDADOR.
2	Johan Ruiz	1000782157	Ayudante
3	Yini Paola Jeremias Jimenez	1007767398	Auxiliar.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1
VERSION 4
CODIGO FPE-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Clasificación acopio y disposición de los residuos generados

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción- Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: José J. Castro. FECHA 08/05/2023 DURACIÓN: 5H

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Alba.	79900758.	SOLDADOR.
2	Johan Ruiz	1000782159	Ayudante
3	Yina Paola Jimenez Jimenez	1007767395	Ayudante.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Orden y aseo.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro	X	Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Vda J. Ospina. FECHA: 10 05 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JAVIER ALBA.	79900758.	SOLDADOR.
2	Johan Ruiz	1000932153	Ayudante
3	Yuri Paola Ramos	1007767345	Ayudante.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

[illegible]	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
[illegible]		
[illegible]		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Orden y aseo.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro	X	Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros:

LUGAR: Jose J. Castro. FECHA: 11/05/2023 DURACIÓN: 5M.

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	JAVIER ALBA	79900758	SOLDADOR.
2	Johan Ruiz	1000782659	Ayudante
3	Yini Paola Franco Gomez	1003767395	Aprendiente.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
CODIGO: RHLE-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Higiene personal

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Induccion / Reinduccion	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose D castro. FECHA 12 05 2023 DURACIÓN: 5M

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Andres Barragan	1000322681	AUX
2	Javier Alba	1090	OFIC
3	Edwar Ruiz	1000782157	AUX.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
CODIGO: RHF-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Sin Sufrideres en obra.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		CARGO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
X	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros.		Otros.

LUGAR: Jose Joaquin Castro. FECHA: 09/06/2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos A. Pinos	[illegible]	[illegible]
2	Javier Alba	79900758	Soldador
3	Andres Barragan	1000377621	Ayudante
4	Carlos Nivia	79387044	maestro
5	Yimi Fonseca	1007747375	Ayudante
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
X	Entrenamiento		Técnicas Calidad	X	Contratistas
	Otros		Otros		Otros

LUGAR: Jose Joaquin Ojeda FECHA: 23 05 2023 DURACIÓN: 0H

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Luis C Rivillo.	79387044	maestro de obra
2	Yimi Parra Jimenez	1007767345	Ayudante.
3	Andres Barragan.	1000311681	Auxiliar.
4	Javier Alba	79910758	Soldador.
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Que son los accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
X	Otro		Técnicas Calidad	X	Contratistas
			Otros		Otro

LUGAR: Jose Joaquin Ortiz. FECHA: 24 05 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Luis C Bivillo	79387044	maestro de obra
2	Yimi Pinzon Gomez	1007763395	Ayudante
3	Andrej Barragan.	1000322681	AYUDANTE
4	Javier Alcal	79900758	Soldador
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

INSTRUCTOR

Firma del instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Ruidos y vibraciones.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción / Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
X	Otro		Técnicas Calidad	K	Contratistas
			Otros		Otros

LUGAR: Jose J. Castro. FECHA: 29 09 2023 DURACIÓN: 5H

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Alba	79909758	Soldador.
2	Andrés Banagan.	1000317681	Ayudante.
3	Pololi Jerónimo	1007767345	Ayudante.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Orden y aseo en las áreas.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Coordinadores/ Supervisores
X	Charla		Técnicas Calidad	X	Contratistas
			Otros		Otros

LUGAR: Vereda Joaquín Ospina | FECHA: 26 / 05 / 2023 | DURACIÓN: 8H

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE(S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Alba	79900758	Soldador.
2	Andrej Berrogan.	1000377681	Auxiliar.
3	Paola Jeronimo Jerman	1007767345	Ayudante.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Cordate lava tu) alimento) antes de cocinarlo) "Enfermedades transmitidas por agua y alimentos"

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia - Direcciones Administrativas
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Sensibilización		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas
X	Charla		Técnicas Calidad	X	Contratistas
			Otros		Otros

LUGAR: Jose J. Castro. FECHA: 27 / 05 / 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRES	CEDULA	CARGO
1	Luis c Rivillo	79387044	macstro de obra
2	Yairo Javier	1007267375	Ayudante.
3	Andres Barragan.	1000376681	Auxiliar.
4	Javier Alba	79900758	Soldador
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PROFESIONALES ASOCIADOS

ESTRATEGIAS Y CAMPAÑAS

¡SIN SUPERHEROES EN OBRA!



1. Sensibilizar a los colaboradores sobre la importancia del levantamiento adecuado de cargas sin exceder el peso máximo permitido y tips de higiene postural.

Información de Apoyo

¡Ojo! Una mala postura puede ocasionar lesiones en la columna. Únicamente con una correcta posición de tu columna podrás levantar adecuadamente una carga.

2. Tips para cuidar mi Higiene Postural.

- Conoce del peso a levantar "recuerda solo puedes levantar 25 kg"
- Nunca gires el cuerpo mientras sostienes una carga pesada.
- No hay cosa que lesione más rápidamente una espalda que una carga excesiva.
- Mantén la carga tan cerca del cuerpo como sea posible, pues aumenta mucho la capacidad de levantamiento.
- Aprovecha el peso del cuerpo de manera efectiva para empujar los objetos y tirar de ellos.
- No levantes una carga pesada por encima de la cintura en un solo movimiento.
- Mantén los brazos pegados al cuerpo y lo más tensos posible.
- Cuando las dimensiones de la carga lo sobrepasen, no dudes en pedir ayuda a tu compañero.

La seguridad depende de ti

Área HSEQ

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Pausas activas.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad y Salud		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Contratistas / Proveedores
X	Entrenamiento.		Tecnicas Calidad	X	Comunidad
	Otro		Otros		Otro

LUGAR: Jose Joaquin Cortes. FECHA: 29 / 06 / 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRES	CEDULA	CARGO
1	Jaquelc Alba.	79900158.	Soldador
2	Yenny Milena	1007767345	Ayudante.
3	Carlos A Pardo	80827671	soldador
4	Carlos Rivillo	79387044	maestro
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Higiene en los ambientes de trabajo y aseo personal.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia - Direcciones Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Contratistas / Proveedores
X	Otra		Técnicas Calidad	X	Contratistas
			Otra		Otra

LUGAR: Jose Joaquin Cañizo. FECHA: 30 05 2023 DURACIÓN: 9M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Alba.	79900758.	Soldador
2	Yini Jerez	1007767395	Ayudante.
3	Carlos A. Porras	80807271	Soldador
4	CARLOS RIVILLO	79387044	maestro
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Fabian Lozada

Firma del instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Inspección y uso adecuado de Polidora.

MARCAR CON X:

EPP	X	TEMAS	X
		DIRIGIDO	X
	X		X

LUGAR: José Joaquín Castro. FECHA: 31 05 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRES	CEDULA	CARGO
1	Yimpado Jeronimo	001-761-345	Ayudante.
2	Carlos Zuniga	791-381-044	Maestro
3	Ariel Barrigan.	1000677681	Auxiliar.
4	Carlos A. Reyes.	402-371-24H	Soldador.
5	Javier Alba.	799-007-758	Soldador.
6	Jean Paul Rivero	1023366-498	Auxiliar
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

RESPONSABLE: Fabian Lacayo

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

Uso obligatorio de los EPP básicos.

x x x

x Jefe Joaquín Castro.

FECHA 02 06 2023 DURACIÓN 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO
	Yni Pabla Jeronimo	1007767315	Ayudante.
	Carlos Rivillo	793877044	maestro
	Andrés Barragan.	1000317681	Auxiliar
	Carlos A. Reyes	[illegible]	Soldador
	Javier Alba.	79900758	Soldador.
	Jean Paul Rivros	1023366498	Auxiliar

INSTRUCTOR

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Joaquín Castro

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

(ejercicio) actividad) fpo Protección de Particulares.

X

X

X

X

José Joaquín Castro.

FECHA: 02 06 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO
1	Yinipaola Jaramillo	1007763375	Aprendiz.
2	Carlos Rivillo	79387044	Maestro
3	Haly Barragan.	1006516661	Auxiliar
4	Carlos A. Flores	80207211	Soldador
5	Javier Alba	79900758	Soldador.
6	Jeanfaul Bueros	1063360998	Auxiliar

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Firma Instructor

Fecha

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

identificar la zonalización de obra y seguir las indicaciones.

x

x

x

x

Jose Joaquin Castro.

FECHA 03 06 2023 DURACION 5M

NOMBRES	CEDULA	CARGO
Yuni paola Jaramillo	1007767375.	Auxiliar.
carlos Pinilla	79377044	maestro
Angel Feliz Bolivar	1000611881	Auxiliar
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Javier Alba	79900758	Soldador.
Jean Paul Riveros	1023366493	Auxiliar

INSTRUCTOR

Edwar Lozada

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Riesgo Fisico y COPASST

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia Directores Administrativos
	Capacitación Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Mordlba C. FECHA 04/05/2023 DURACION 20M

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Omar Lambraño	1037105662	Ayudante
2	Harley Guayacan	1037147699	Oficial
3	DANIEL BLANCO	1022955691	AYUDANTE
4	Anderson GUAYACAN	1037803772	OFICIAL
5	Norman Tobar	1022953067	-
6	VERONICA CUSSIA BUENO	1031129063	-
7	Hilob Briando Amador C.	7485676	Maestro
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	
VERSION 4	
CODIGO RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Riesgo electrico

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Induccion - Reinduccion		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitacion Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Martha Sede Consuelo FECHA 14/05/23 DURACION:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Heyler Georgeon	1034147644	Oficial
2	Andres Macuto	1033725563	Ayudante
3	Carlos Lombano	1026163882	Ayudante
4	Jose Daniel Jaramillo Benitez	1033804971	Ayudante
5	Anderson Guayacan	1033803772	Oficial
6	Hildebrando Arrieta C.	79858176	Maestro
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

Actos y condiciones inseguras.

MARCAR CON "X"

		TEMAS			DIRIGIDO	
X	Inducción - Reinducción			Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica			Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro			Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento			Técnicos Calidad		Contratistas
	Otros			Otros:		Otros:

Colegio Moralba C

FECHA 16 Mayo DURACIÓN: 2 Dias

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
Heiner Campuzan	1031147649	OFICIAL.
Jose Daniel Jaramillo Bejarano	1035.804.472	AYUDANTE.
Omar orlando Lambraño	1031165882	Ayudante.
Hildebrando Amador C.	79.856776	Maestro.
Carlos Malcato.	1033125562.	Ayudante.
Anderson GUAYACAN	1033803772	OFICIAL.

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	
VERSIÓN: 4		
CODIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Clasificacion de los residuos

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Coquest / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Montbla Sede C. FECHA: 1 8 23 DURACIÓN: 3m

RELACION DE PARTICIPANTES

Nº			
	Jose David Monterrosario	1032 [illegible] 121	Jose David Monterrosario 18/05/23
1	Heiver Guatacan	10 311476 90	Guatacan
2	[illegible]	1031163582	[illegible] Auxiliar
3	Carlos Mazeto	1053773563	Ayudante
4	Angerson Guatacan	1033803222	OFICIAL
5	Hildebrando Amador	79185026	Maestro
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR: [signature]
Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	
VERSION: 4		
CODIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Pausas activas / Riesgo Biomecanico

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia, Directivos, Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Conjunto / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicas Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Maralba C. FECHA: [ ] [ ] 20[ ] DURACIÓN:

RELACION DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Heiner Cortazar	1031147699	Oficial
2	Omar Umbarila	1031658892	Ayudante
3	Jose Daniel Bermudez	1033501911	Ayudante
4	Hildebrando Jimador C.	71856720	Maestro
5	Anderson Bohorquez	1033813572	OFISIN
6	Valentin Guzman Ortiz	1031129063	Oficial
7	Norman G. Huertas	1022953067	Oficial
8	DANIEL BLANCO	1022955691	AYUDANTE
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR: Soldado

Firma del Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1
VERSION: 1
CODIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROMASMUNDI ASOCIADOS

TEMA: Sin superheroes en obra

MARCAR CON "X"

CAP.		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Líderes con Gente a Cargo
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicas Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Moralba C FECHA: 09 23 DURACION: 20m

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Orlando Sanchez	79610mm2	oficial
2			
3	GERMAN Guarin	19491431	ayudante
4	Julio C Ramirez	3065169	Ayudante
5	Jose A Cortes	74733444	Ayudante
6	Carlos Sanchez	80130906	Maestro
7	Omar Lambrano	1031163882	Ayudante
8	Anderson Guatacan	1033803782	Anderson
9	Andres Mareto	1033425563	Ayudante
10	Henry Guatacan	1031141799	oficial
11	Hildebrando Amador	79856726	Maestro
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

Firma del Instructor

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
CODIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Area AT y FL

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitacion Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Manuela C | FECHA: 2/4/05 | DURACIÓN: 2 Hm

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Anderson	1033803772	OFICIAL
2	Omar	10314638 82	Auxiliar
3	Heiner Guayacan	1031147699	OFICIAL
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 de 1	
VERSIÓN 4	
CÓDIGO RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS S.A.S.

TEMA: Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia, Comités, Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicas Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Moralba Sede C.

FECHA: 29 | 05 | 23 DURACIÓN: 20m.

RELACION DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Hildebrando Amador	79.856726	Maestro
2	Omar Lombraño	1031163882	Ayudante
3	Anderson Guayacan	1031803972	Oficial
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CODIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Campaña Sin Super Heroes en obra.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Moralba | FECHA: 27 Mayo 2023 | DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Anderson	1033805772	Oficil
2	Omar Lambraño	1031163982	Ayudante
3	Heiner Guajacan	1031141699	Oficial
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSION: 4	
CODIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Orden y Aseo en las areas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copass / Brigadistas
			Técnicas Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Moralba C | FECHA: 26 Mayo 23 | DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Anderson	1073807722	Oficial
2	Omar Lombraño	1031163882	Ayudante
3	Heiner Guapacha	1031147644	Oficial
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
CÓDIGO: RH-F-034		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Ruidos y Vibraciones

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia - Directores - Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicas Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otras

LUGAR: Colegio moralba FECHA 25 Mayo 25 DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	DANIEL BLANCO	1022955691	AUXILIAR DE OBRA
2	Omar Lombriano	1031163882	Ayudante
3	Hernando Gonzalez	1031147649	Oficial
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1 VERSIÓN 4 CÓDIGO RH-F-004 DOCUMENTO CONTROLADO	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Uso de la pulidora

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia, Directores, Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas
			Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Moralba Sede C. FECHA: 31 05 2023 DURACIÓN: 20m.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Heiper Guayacan	1031147699	Oficial
2	Hilebrando Amador	1045567726	Maestro
3	Andres Mazuelo	1035125563	Ayudante
4	Omar Lombraño	1031165882	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CODIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Prohibido fumar / Tabaquismo.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitacion Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Moralba Sede C FECHA 30 05 20 23 DURACIÓN: 20m

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Heiner Arevalo	1031147694	Oficial
2	Hildebrando Amador	79856726	Maestro
3	Andres Marcelo	1033972565	Aprendiz
4	omar Lambraño	1031639852	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CODIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Autocuidado (Funciones EPS, ARL, AFP)

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia - Directores - Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Moralba Sede C FECHA 01 06 2023 DURACIÓN: 20m.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Hanes Guatecan	1031147694	Oficial
2	Hildebrando Amador	79'856126	Maestro
3	Andres Macdo	1033725563	Ayudante
4	Omar Cumbrano	1031163882	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAG N4. 1 de 1	
VERSIÓN: 4	
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS S.A.S

TEMA: Lesiones cutaneas por proyeccion de particulas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Induccion - Reinduccion		Seguridad Industrial		Gerencia- Directivos- Administrativos
	Capacitacion Especifica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas
			Técnicas Calidad		Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Colegio Moralba Sede C FECHA 02 06 23 DURACION:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Hamer Goajaca	1031147699	Oficial
2	Hildebrando Amador	79.856.126	Maestro
3	Andres Marelo	1033425563	Ayudante
4	Omar Lamboamo	1031638882	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1 VERSIÓN 4 CÓDIGO RH-F-004 DOCUMENTO CONTROLADO	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Pausas activas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
			Tecnicas Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Moralba Sede C FECHA 05 06 2023 DURACIÓN: 20m.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	omar Cambronero	1031163882	Ayudante
2	Hildebrando Amador	74956726	Maestro
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Cuidado de las manos

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencias, Directivos y Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Cuadrillas Brigadistas
			Técnicas Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: Colegio Moralba C

FECHA: 02 | 06 | 2023

DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Heiner Guapacha	1031147699	Oficial
2	Hildebrando Amador	79856766	Maestro
3	Andres Chaparro	1033723563	Ayudante
4	Omar Lambraño	1031163882	Ayudante
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1
VERSIÓN: 4
CÓDIGO: R-FT-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES INDUSTRIALES

TEMA: Almacenamiento del material

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerentes, Directores, Administradores
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Moralba C

FECHA: [ ][ ] 20[ ] DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Orlando Sanchez	79670112	oficial
2			
3	German Guarin	19491434	Ayudante
4	Julio Ramirez	3065169	Ayudante
5	Jose M Cruzan	74735446	Ayudante
6	Carlos Sanchez	80130906	Maestro
7	Andres Marcito	1055423563	Ayudante
8	Andeison Guayacan	1023803772	Oficial
9	Oficial Guayacan	1031147666	Oficial
10	Omar Lamberano	63116882	Ayudante
11	Hildebrando Amador	79856726	Maestro
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

Firma del Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1
VERSION: 4
CODIGO: RH-F-004
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ARMADORES

TEMA: Como diligenciar permisos de trabajo

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia - Directivos - Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas
	Entrenamiento		Factores Calidad		Contratistas
	Otro		Otro		Otro

LUGAR: Moralba C FECHA 09 6 23 DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Orlando Sanchez	79670442	oficial
2			
3	German Guavita	19491434	AYUDANTE
4	Julio Ramirez	3065769	Ayudante
5	Jose A Guzman	74735444	Alistante
6	Carlos Sanchez	80130906	Maestro
7	Andres Mareto	1033792563	Ayudante
8	Andrson Guayacan	1033803772	Andrson
9	Henri Guayacan	1031147694	oficial
10	Omar Lambraño	1031163882	ayudante
11	Hildebrando Amador	79836726	Maestro
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

FIRMA DEL EXPOSITOR

Firma de visto bueno

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	
VERSIÓN: 4		
CODIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Importancia actividad Fisica

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Empresas Contratistas Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copaset / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Operativos	X	Comunidad
X	Charla		Otros		Otros

LUGAR: X Moralba C FECHA 08 6 23 DURACIÓN

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Orlando Sanchez	4967044	Oficial
2			
3	GERMAN Guarin	19491434	Ayudante
4	Julio Ramirez	3065169	Ayudante
5	Jose A Cortes	74735444	Ayudante
6	Carlos Sanchez	80130906	Maestro
7	Andres Maceto	1033725563	Ayudante
8	Anderson Guaiacan	1032803772	Anderson
9	Heiner Guaypacan	1031147699	Oficial
10	Omar Lumbreño	1031163882	Ayudante
11	Hildebrando Amador	74850426	Maestro
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma del instructor

AREA DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 de 1	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CODIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Riesgo locativo (almacenamiento adecuado del material)

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: José Joaquin Castro FECHA 06 / 06 / 2023 DURACIÓN: 9h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos A. Perez	80697211	Soldador
2	Javier Alba	79 900 758	Soldador
3	Andrig Barragan	1000327681	Auxiliar
4	Carlos Revilla	79 387044	maestro
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Que Higienizar un fondo de todas las actividades contratadas.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
Inducción Reinducción		Seguridad Industrial	X	Gerencia, Directores, Administrativos	
Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos	X
Simulacro		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas	
Entrenamiento		Técnicas Calidad		Contratistas	X
Charla	X	Otros		Otros	

LUGAR: JCK Dragon costco. FECHA: 04/05/23 DURACIÓN: 5m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRES (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos A. Rios	80837242	Soldador
2	Javier Alca	79900758	Soldador.
3	Andrej Banegan.	1000616681	Auxiliar.
4	Carlos Rivillo	79387044	maestro
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
CODIGO: RHF-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: importancia de la actividad física.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: José Joaquín Castro | FECHA: 08 / 06 / 2023 | DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos A. Forero	80807242	soldador
2	Jarise Alba	19900758	Soldador.
3	Andrey Barragan.	1000327681	Ayudar
4	Carlos Rivillo	79387044	maestro
5	//	//	//
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
CODIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Riesgo Mecanico (Atrapamiento) Uso de Joyas

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose Joaquin Castro FECHA 10 06 2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos A. Pinto	8087277	Soldador
2	Javier Alba	79900758	Soldador.
3	Andres Barragan.	1000327661	Auxiliar.
4	Carlos Murillo	79388044	maestro
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

[illegible]	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
[illegible]		
[illegible]		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA Que es un accidente de trabajo y enfermedad laboral.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Induccion - Reinduccion	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitacion Especifica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: En Intro. FECHA 24/05/2023 DURACIÓN: 5M

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Nestor Duvera	80437C7	oficial
2	Mauricio Camacho Que	7.911.765	Ayudante de T.
3	Javier Ortiz A	7927184	Ayudante
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

CÓDIGO: F-SST-1
VERSIÓN: 4
VIGENCIA: 30-12-2021
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS SAS

TEMA: Ruido y Vibraciones

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción y Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: San Isidro FECHA 25/05/2023 DURACIÓN: 5M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Hector Duarte	80437757	Ofícial
2	Mauricio Camacho Ramos	79911765	Ayudante
3	Javier Ortiz A	79279184	Ayudante
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Orden y aseo en las areas.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción		Inducción Cargo		Supervisores/ Coordinadores/ Administrativos
	Reinducción	X	Orden y Aseo	X	Trabajadores Operativos
	Charla		Medio Ambiente		Contratistas/ Proveedores
X	Otro		Técnicas Calidad	X	Comunidad
			Otro		Otro

LUGAR: San Isidro. FECHA: 26 / 05 / 2023 DURACIÓN: 5M.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Ortiz	79279181	Ayudante
2	Heiber Escobar	80437257	OFC
3	Mauricio Camacho	79911405	Ayudante
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PROFESIONALES ASOCIADOS

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Cuidado lavado de los alimentos antes de consumirlos "enfermedades transmitidas por agua y alimentos"

MARCAR CON X

TEMAS: X

CLASE: X

LUGAR: X San Isidro.

FECHA: 27 09 2023 DURACIÓN: 5H

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO
1	Javier ortiz	7927191184	Ayud
2	Hector Ducasse	8043 7757	oficial
3	Mauricio caballero	7921 7691	A/S.

PARTICIPANTE

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1 VERSION 4 CODIGO RHLF-004 DOCUMENTO CONTROLADO	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Socialización ATS.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Sin Sitio. FECHA 29/05/2023 DURACIÓN: 5M.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Ortiz.	79279164	Ayudante
2	Abel alcuevo	1024499702	Ayudante de obra
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

[illegible]	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 4		
[illegible]		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Inducción y Re adiestramiento de soldadora.

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	✓	Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	✓	Contratistas
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: San Isidro FECHA 31/05/2023 DURACIÓN: 5H

RELACION DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Javier Ortiz	7927918	Ayudante
2	Abel alguacil	1024499703	Auxde obra
3	Hector Duarte	80437752	Ayudante
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner