# INFORME AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**No.1**

**PERIODO DEL 16 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 2023**

**OBJETO: “EJECUTAR EL MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIONES Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LOS SALONES COMUNALES UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ BOGOTA D.C. POR LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE”.**

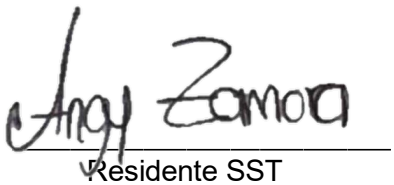
**CONTRATO DE OBRA N° 489**

**BOGOTA-LOCALIDAD ENGATIVA**

**FEBRERO 2023**

**IDENTIFICACION A CAMBIOS**

| Versión No | Naturaleza del Cambio | Fecha |
|---|---|---|
| 00 | Creación del Documento | 21-03-2023 |

| Elaboró: | Aprobó |
|---|---|
|  |  |
| Residente SST<br>PROMYM-KA | Director de Interventoría<br>CONSORCIO ENGATIVA 2023 |

## Contenido


1. INTRODUCCION ..... 4
2. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS ..... 5
3. ALCANCE ..... 8
4. OBJETIVOS ..... 8
   4.1. OBJETIVO GENERAL ..... 8
   4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 8
5. COMPONENTE AMBIENTAL ..... 9
   5.1. ACTIVIDADES AMBIENTALES ..... 9
   5.2. GESTIÓN DOCUMENTAL ..... 9
   5.3. MANEJO DE MATERIALES E INSUMOS ..... 9
   5.4. MANEJO DE RCD ..... 9
   5.5. RCD ACOPIADO INTERNAMENTE ..... 9
   5.6. SEGUIMIENTO Y APROVECHAMIENTO DE RCD EN OBRA ..... 9
   5.7. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES ..... 9
   5.8. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS ..... 9
   5.9. MANEJO EFICIENTE DEL AGUA ..... 9
   5.10. MANEJO Y CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS ..... 9
   5.11. MANEJO DE FAUNA, FLORA Y PAISAJE ..... 10
6. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ..... 10
   6.1. GESTIÓN DOCUMENTAL: ..... 10
   6.2. INGRESO/RETIRO DE PERSONAL ..... 10
   6.3. INDUCCIONES, REINDUCCIONES Y CAPACITACIONES ..... 10
   6.4. SEÑALIZACIÓN ..... 10
   6.5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ..... 10
   6.6. MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHÍCULOS ..... 10
   6.7. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ..... 10
   6.8. EMERGENCIAS ..... 10
   6.9. COPASST ..... 10
   6.10. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL ..... 10
   6.11. INDICADORES DE SST ..... 11
   6.12. REPORTE Y ESTADÍSTICA DE ACCIDENTALIDAD ..... 11

## ANEXOS

**ANEXO 1**. AFILIACION SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS

**ANEXO 2.** FORMATO DE INDUCCION Y CAPACITACION

## 1. INTRODUCCION

PROMYM-KA, en cumplimiento a lo establecido em el Decreto 1072 de 2015, la Resolución, 1562 de 2012, la Resolucion 1016 de 1989 y la normatividad vigente; ha estructurado el Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tiene como propósito la acción conjunta entre el contratista en la aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a través del mejoramiento continuo de las condiciones, el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo.

PROMYM-KA, aborda la prevención de las lesiones y enfermedades laborales, la protección y promoción de la salud de los trabajadores, a través de la implementación de un método lógico y por etapas cuyos principios se basan en el ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) y que incluye la política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoria y acciones de mejora.

El desarrollo articulado de estos elementos permitirá cumplir con los propósitos del SG-SST.

El SG-SST, se caracteriza por su adaptabilidad al tamaño y características de la empresa, para centrarse en la identificación y control de los peligros y riesgos asociados con su actividad.

## 2. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

**Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo:** Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo

**Seguridad y Salud en el Trabajo:** Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

Busca mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

**Accidente de Trabajo:** Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente laboral aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente laboral el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente laboral el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente laboral el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en

representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

➢**Enfermedad laboral:** Es la 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. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales serán reconocidas como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

➢**Higiene Industrial** es el conjunto de procedimientos destinados a controlar los factores ambientales que pueden afectar la salud en el ámbito de trabajo.

➢**Matriz de identificación de los peligros:** Metodología mediante la cual se valoran los riesgos y se establecen o determinan controles.

➢**Actividad rutinaria.** Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable.

➢**Actividad no rutinaria.** Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización, que no es estandarizable debido a la diversidad de escenarios y condiciones bajo las cuales pudiera presentarse.

➢**Análisis del riesgo.** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y para determinar el nivel del riesgo.

➢**Consecuencia.** Resultado, en términos de lesión o enfermedad, de la materialización de un riesgo, expresado cualitativa o cuantitativamente.

➢**Exposición.** Situación en la cual las personas se exponen a los peligros.

➢**Identificación del peligro.** Proceso para reconocer si existe un peligro y definir sus características.

➢**Medida(s) de control.** Medida(s) implementada(s) con el fin de minimizar la ocurrencia de incidentes.

➢**Nivel de riesgo.** Magnitud de un riesgo resultante del producto del nivel de probabilidad por el nivel de consecuencia.

➢**Partes Interesadas.** Persona o grupo dentro o fuera del lugar de trabajo involucrado o afectado por el desempeño de seguridad y seguridad y salud en el trabajo de una organización.

➢**Peligro:** Fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, o una combinación de estos.

➢**Probabilidad.** Grado de posibilidad de que ocurra un evento no deseado y pueda producir consecuencias

➢**Riesgo.** Combinación de la probabilidad de que ocurra un(os) evento(s) o exposición(es) peligroso(s), y la severidad de lesión o enfermedad, que puede ser causado por el (los) evento(s) o la(s) exposición(es).

➢**Riesgo Aceptable.** Riesgo que ha sido reducido a un nivel que la organización puede tolerar con respecto a sus obligaciones legales y su propia política en seguridad y seguridad y salud en el trabajo.

➢**Valoración de los riesgos.** Proceso de evaluar el(los) riesgo(s) que surge(n) de un(os) peligro(s), teniendo en cuenta la suficiencia de los controles existentes, y de decidir si el(los) riesgo(s) es (son) aceptable(s) o no.

➢**Análisis de Vulnerabilidad: Es** un proceso mediante el cual la organización determina e nivel de exposición y la predisposición a la pérdida de un elemento o grupo de elementos ante una amenaza específica.

➢**Plan de emergencias:** Un Plan de Emergencia es un conjunto de acciones ordenadas a realizar por el personal del Centro, en el supuesto de que se produzca un siniestro. El objetivo final debe ser minimizar en lo posible los daños a los pacientes, al personal y a las instalaciones.

Abreviaturas y guías: En el documento se encontrarán las siguientes abreviaturas y guías:

**AFP**: Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías.
**ARL:** Administradora de Riesgos Laborales.
**AT:** Accidente de Trabajo
**COPASST:** comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
**EL**: enfermedad laboral
**EPS:** entidad promotora de salud
**FOSYGA:** fondo de solidaridad y garantía
**GTC:** Guia técnica colombiana
**IDU:** instituto de desarrollo urbano
**IPS:** institución prestadora de salud
**NTC:** norma técnica colombiana
**OHSA**: Occupational Health, safety and administration (administracion de seguridad y salud ocupacional)
**PMT:** Plan de manejo de transito
**SGSS**: sistema general de seguridad social
**SG-SST:** sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
**SST**: seguridad y salud en el trabajo.

## 3. ALCANCE

El presente Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, va dirigido a todo el personal vinculado al CONTRATO DE OBRA N° 489, OBJETO: “EJECUTAR EL MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIONES Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LOS SALONES COMUNALES UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ BOGOTA D.C. POR LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE”.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer y ejecutar el Sistemea de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo para CONTRATO DE OBRA N° 489, OBJETO: “EJECUTAR EL MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIONES Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LOS SALONES COMUNALES UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ BOGOTA D.C. POR LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE”. a cargo de PROMYM-KA, con el fin de preservar y mantener las mejores condiciones de salud y bienestar de los trabajadores, en equilibrio con su entorno laboral; protegiéndolos de la exposición a las condiciones peligrosas generadas por el ambiente y la organización propia del trabajo.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cumplir con todas las normas legales vigentes en Colombia en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo (sst) que apliquen al Proyecto.
- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos con el fin de establecer medidas de control que prevengan lesiones y enfermedades laborales de acuerdo con las actividades realizadas.
- Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- Ser coherentes con el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con las prioridades identificadas.
- Estar documentados y ser comunicados a todos los trabajadores.

## 5. COMPONENTE AMBIENTAL

### 5.1. ACTIVIDADES AMBIENTALES

Durante la fase inicial se realizó reconocimiento de las áreas a intervenir, se visitaron los 25 salones comunales en compañía de la interventoria para identificar las necesidades de cada uno con el fin de realizar el diagnóstico y la priorización de ejecución.

### 5.2. GESTIÓN DOCUMENTAL

Se realiza entrega de los siguientes documentos a la interventoria.

- Programa de Manejo Ambiental (PMA)
- Plan de Gestión de RCD en Obra. (PG-RCD)
- Informe técnico de No Aprovechamiento.
- Documento Apertura Pin Ambiental

### 5.3. MANEJO DE MATERIALES E INSUMOS

No se da inicio a este ítem ya que el proyecto se encuentra en fase inicial.

### 5.4. MANEJO DE RCD

Se remite PG.RCD, no se da inicio a este ítem ya que el proyecto se encuentra en etapa de diagnósticos y entrega documental.

### 5.5. RCD ACOPIADO INTERNAMENTE

No se da inicio a este ítem, el proyecto no se encuentra en actividades de obra.

### 5.6. SEGUIMIENTO Y APROVECHAMIENTO DE RCD EN OBRA

No se da inicio a este ítem, pero el CONSORCIO PROMYM-KA, tiene establecido un programa de seguimiento y aprovechamiento en obra.

### 5.7. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES

No aplica para este periodo.

### 5.8. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

En este periodo no se dio manejo a este ítem.

### 5.9. MANEJO EFICIENTE DEL AGUA

CONSORCIO PROMYM-KA deberá tomar lectura de los contadores de cada salón comunal que vaya a intervenir tanto al iniciar como al finalizar actividades de obra para asumir los costos del consumo generado.

### 5.10. MANEJO Y CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS

En este periodo no se da inicio a este ítem.

### 5.11. MANEJO DE FAUNA, FLORA Y PAISAJE

Aun no se inician actividades de obra, por lo tanto, no se da inicio a este ítem.

## 6. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### 6.1. GESTIÓN DOCUMENTAL:

Se realiza entrega de la siguiente documentación:

- ❖ Cronograma de capacitaciones y charlas

### 6.2. INGRESO/RETIRO DE PERSONAL

**Tabla 1. lista de personal (ingreso)**

| No. | NOMBRE | CARGO |
|---|---|---|
| 1 | MEDARDO RIOS VIASUS | DIRECTOR DE OBRA |
| 2 | JHON EDWIN PLAZAS MARTINEZ | RESIDENTE DE OBRA |
| 3 | ANGY MARCELA ZAMORA CAICEDO | RESIDENTE SISOMA |
| 4 | LUIS EDUARDO BERMUNEZ CARDENAS | ESPECIALISTA EN REDES ELECTRICAS |
| 5 | HUGO BERMUDUZ BUITRAGO | ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS |

### 6.3. INDUCCIONES, REINDUCCIONES Y CAPACITACIONES

Se realiza Inducción y capacitación, del personal que ingreso al proyecto. (ver anexo)

### 6.4. SEÑALIZACIÓN

En este periodo no se da inicio a este ítem.

### 6.5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

En este periodo no se da inicio a este ítem, no se tiene ingreso de personal de obra.

### 6.6. MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHÍCULOS

No se da inicio a este ítem, ya que no se tienen actividades de obra

### 6.7. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

En este periodo no aplica este ítem.

### 6.8. EMERGENCIAS

En este periodo no se presentaron emergencias en el proyecto 489.

### 6.9. COPASST

aun no se da inicio a este ítem.

### 6.10. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

En este periodo no se da inicio a este ítem.

### 6.11. INDICADORES DE SST

En este periodo no se inician actividades de obra, no aplica

### 6.12. REPORTE Y ESTADÍSTICA DE ACCIDENTALIDAD

En este periodo no se inician actividades de obra, no aplica este ítem.

ANEXO N°1.

AFILIACION SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000394912**

Régimen : RÉGIMEN

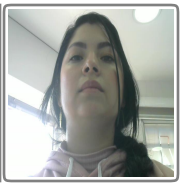
# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: KA S.A.S. FECHA 02/02/2023 10:50:29

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

**NOMBRE Y APELLIDO:** ANGY MARCELA ZAMORA CAICEDO **C.C** 1013645613

**EDAD** 29 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** RESIDENTE SST



**EXÁMENES PRACTICADOS**

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

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

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

**CONCEPTO**

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

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

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
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







FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 830141859 | **Cédula Usuario:** | CC 79446297 |
| **Nombre:** | KA SA | | | | |
| **Dirección:** | CL 4 34A 42 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | KASA.INGENIERIA@GMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 8057850 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 79446297 | JAIRO GUSTAVO LOPEZ URREA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 73 | 31/01/2023 | CC 1013645613 | ZAMORA CAICEDO ANGY | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

2A9047644E8EE52BCD36A70C69DFA67B Certificado impreso el día 1/30/2023 11:24:25 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## 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

**ANGY CAICEDO**
**ZAMORA CAICEDO**
1013645613

**KA SA**
830141859

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:

**ANGY MARCELA ZAMORA CAICEDO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.645.613**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero 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 CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ANGY MARCELA ZAMORA CAICEDO identificado(a) con CC No. 1013645613, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de KA S.A. con NIT 8301418595:

- Fecha de afiliación a la Caja: 02/02/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 30/01/2023.



**JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA**
**Jefe de Sección Afiliación y Postulación**

Bogotá D.C. 02/02/2023

VIGILADO SuperSubsidio

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

# FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO: 01
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 12 MES 01 AÑO 2023

## A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: ZAMORA | SEGUNDO APELLIDO: CAICEDO | PRIMER NOMBRE: ANGY | SEGUNDO NOMBRE: MARCELA
7. TIPO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✓] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1013645613
9. SEXO: F [✓] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 22 MES 10 AÑO 1993

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 2000000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 98 # 02 42
ZONA: U. [✓] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA
DEPARTAMENTO: BOGOTA
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 318 556 9701
CORREO ELECTRÓNICO: angyzamoracaicedo@gmail.com
CÓDIGO IPS

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

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]
21. NÚMERO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO F M | 28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD Tipo F. N. M. / Condición T. P. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | CO RC TI CC CE PA CD SC | | | | | | F. N. M. T. P. |
| 2 | | CO RC TI CC CE PA CD SC | | | | | | F. N. M. T. P. |
| 3 | | CO RC TI CC CE PA CD SC | | | | | | F. N. M. T. P. |
| 4 | | CO RC TI CC CE PA CD SC | | | | | | F. N. M. T. P. |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona R. U. | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS) | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | NIVEL DE SISBEN I. II. | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. U. | | | | | I. II. | |
| 2 | | | R. U. | | | | | I. II. | |
| 3 | | | R. U. | | | | | I. II. | |
| 4 | | | R. U. | | | | | I. II. | |

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

35. Nombre o Razón Social: KA SAS
36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [✓]
37. Número documento de identidad: 830141859
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CALLE 4 # 34A 16
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA
DEPARTAMENTO: BOGOOTA DC
TELÉFONO FIJO: 690 0909
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO: casa.ingenieria@gmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 30 MES 01 AÑO 2023
CARGO: SISO
SALARIO: 2000000

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [✓]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [✓]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✓]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [✓]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [✓]

## VIII. FIRMAS

Angy Zamora — 54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Maritza Amategui — 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | 1 | | | | |

Total 1

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de 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: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

8007000 ENERO / 2016

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas

- 2a. COPIA: AFILIADO -

nueva eps
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
Recibido por: 30/01/2023

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000394320**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO PROMYM-KA S.A.S. FECHA 15/01/2023 16:52:10

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

**NOMBRE Y APELLIDO:** JOHN EDWIN PLAZAS MARTINEZ **C.C** 79894542

**EDAD** 45 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** ARQUITECTO



**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

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL / 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

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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHN EDWIN PLAZAS MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79894542,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/02/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 830141859 | **Cédula Usuario:** | CC 79446297 |
| **Nombre:** | KA SA | | | | |
| **Dirección:** | CL 4 34A 42 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | KASA.INGENIERIA@GMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 8057850 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 79446297 | JAIRO GUSTAVO LOPEZ URREA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 75 | 10/02/2023 | CC 79894542 | PLAZAS MARTINEZ JOHN | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

1AA41EB75B156B0306072F048E6AF660 Certificado impreso el día 2/9/2023 4:07:06 PM por el portal de empresas Edesk

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOHN EDWIN PLAZAS MARTINEZ identificado(a) con CC No. 79894542, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de KA S.A.  con NIT 8301418595:

- Fecha de afiliación a la Caja: 13/02/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 10/02/2023.



**JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA**
**Jefe de Sección Afiliación y Postulación**

Bogotá D.C. 13/02/2023

VIGILADO SuperSubsidio

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009716856
9009716856

No. de Radicación: 25625207

Fecha de Radicación: 10 02 2023 (D D M M A A A A)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [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: PLAZAS | Segundo Apellido: MARTINEZ | Primer Nombre: JOHN | Segundo Nombre: EDWIN |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 79894542 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D 26 M M 11 A A A A 1977 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.500.000 | 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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B2 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B3 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B4 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B5 | | | | | D D M M A A A A | | |

Datos complementarios

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a 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) |
|---|---|---|---|
| KA SA | NT | 830141859 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección: CL 4 34G 16 | Teléfono: 3600742 | Correo electrónico | Municipio / Distrito: BOGOTA | Departamento: DISTRITO CAPITAL |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [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 09 M M 02 A A 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 | | 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: ARQUITECTO |

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

**SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS**
NIT: 900343878-6

**CONTACTOS**
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



**PACIENTE:** MEDARDO RIOS VIASUS — **GÉNERO:** Masculino

**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 6759056 | **FECHA NACIMIENTO:** 10/06/1955 | **EDAD:** 67 año(s) 7 mes(es) 19 día(s)

**EMPRESA CONTRATANTE:** KA SAS — **TIPO EXAMEN:** Ingreso

**CARGO DESEMPEÑAR:** DIRECTOR DE OBRA | **JORNADA TRABAJO:** Diumo — **FECHA:** 01/02/2023

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

### 1. RECOMENDACIONES GENERALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ninguna |
| 1.1. Remisión a EPS | X | 1.3. Completar esquema vacunación | | 1.5. Suspender tabaquismo | | 1.7. Control de peso y nutrición | |
| 1.2. Continuar manejo médico | X | 1.4. Inicio o continuar actividad física | | 1.6. Reducir consumo de alcohol | | 1.8. Otras | |

### 2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ninguna |
| 2.1. Calificación de origen | | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | | X | 2.7. Pausas activas | X | 2.9. Uso diario de bloqueador solar |
| 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas | X | 2.5. Uso de elementos de protección personal | | X | 2.8. Uso de corrección visual | | 2.10. Otros |
| 2.3. Seguimiento por ARL | X | 2.6. Pautas ergonómicas | | | | | |

### 3. RESTRICCIONES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | X | No Aplica |
| 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | | 3.7. Trabajo en espacios confinados | | 3.10. Cargas | |
| 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | | 3.8. Para conducción de vehículos | | 3.11. Viajes | |
| 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | | 3.9. Manipulación de alimentos | | 3.12. Otros | |

### 4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Concepto Sin Restricciones para el cargo | | Sin Restricciones para trabajo eléctrico | | Requiere evaluar reubicación laboral | | Sin restricción para continuar su labor actual |
| X | Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones) | | Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas | | Requiere nueva valoración | | Sin diagnóstico de enfermedad laboral |
| | Aplazado | | Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados | | Satisfactorio | | Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL |
| | Sin Restricciones para manipulación de alimentos | | Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria | | Enfermedades de origen común | | Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral |
| | Sin Restricciones para trabajo en alturas | | | | | | |

### 5. EXÁMENES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Examen Físico | Rx Tórax | Perfil Lipídico | TSH | Frotis Faringeo |
| X | Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | Rx Columna Lumbo Sacra | Perfil Hepático | Serología | KOH Uñas |
| | Audiometría | Cuadro Hemático | Perfil Renal | Ácido Úrico | Coprológico |
| | Optometría | Glicemia | Frotis Sangre Periférica | Tamizaje Drogas | Baciloscopia |
| | Espirometría | Electrocardiograma | Hemoclasificación | Alcohol | Psicología |
| | Visiometría | Parcial de Orina | Coordinación motriz | Colinesterasa | Otro |

### 6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

VACUNA COVID 19 3 DOSIS ULTIMA EN FEVB

CONTROL DE PESO DIETA Y EJERCICIO

*Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.*

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

HUGO ALEJANDRO AVILA RAMIREZ
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 7171431
Licencia Salud Ocupacional: 1546/2019

**PACIENTE:**

MEDARDO RIOS VIASUS



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): MEDARDO RIOS VIASUS identificado con Cédula Ciudadanía No. 6759056, de la empresa KA SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/07/2022 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101262243.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de febrero de 2023

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**Impreso por Internet el 02/02/2023 12:43:11 p. m.**
**ISCDC: 02/02/2023 12:43:11 p. m.**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MEDARDO RIOS VIASUS identificado(a) con CC No. 6759056, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de KA S.A. con NIT 8301418595:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/06/2022.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/06/2022.



**JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA**
**Jefe de Sección Afiliación y Postulación**

Bogotá D.C. 02/02/2023

VIGILADO SuperSubsidio

CP-453644

seguros de vida alfa s.a.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

**NIT 860503617-3**

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **RIOS VIASUS MEDARDO** identificado(a) con **CÉDULA** No.**6759056** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Octubre** de **2018** .

Actualmente, **RIOS VIASUS MEDARDO** tiene derecho a recibir **UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL TRES PESOS($1,452,003.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 20 días del mes de Febrero del año 2023

**Dirección de Rentas Vitalicias.**

***Renta:100353***

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******

# CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MEDARDO RIOS VIASUS identificado(a) con CC 6759056 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **17/03/2022** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TUNJA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 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,

ANGELA ESPERANZA NAVARRETE RIANO
CONSULTOR INTEGRAL
**EPS FAMISANAR S.A.S**

ANEXO N°2.

FORMATO DE INDUCCION Y CAPACITACION

| CÓDIGO | FORMATO | VERSIÓN | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| FO - GIP - 061 | FORMATO No.24 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | 2.0 | |

FECHA: 08/02/23

CONTRATO No.: 489 de 2022

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR EL MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIONES Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LOS SALONES COMUNALES UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ BOGOTA D.C. POR LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE".

LUGAR Y FECHA: Oficina / 08/02/23

NOMBRE DEL PROFESIONAL: ANGY MARCELA ZAMORA CAICEDO

EMPRESA: CONSORCIO PROMYM-KA

TEMA: REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL , DIVULGACION DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS POLITICAS SST, POLITICA NO CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y TABAQUISMO, OBJETIVOS, RESPONSABILIDADES, USO DE E.P.P, NOTIFICACION DE RIESGOS, PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO, REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS, ACCIDENTES O INCIDENTES DE TRABAJO, PLAN DE EMERGENCIA, COPASST, COCOLAB, BRIGADA DE EMERGENCIA, NOTIFICACION DE EXAMEN MÉDICO DE EGRESO, NORMAS GENERALES EN OBRA. GENERALIDADES DEL MANUAL UNICO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO AMBIENTAL Y SST, RCD, SEPARACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS Y PELIGROSOS, PROCEDIMIENTOS AMBIENTALES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES.

HORA DE INICIO: 9:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 10:00 am

TIPO

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | X | CAPACITACIÓN | |
| CHARLA INFORMATIVA | | ENTRENAMIENTO | |
| | | OTRO | |

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO | COMPAÑIA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| JOHN EDWIN PLAZAS MARTINEZ | 79894542 | RESIDENTE | Promym-KA | |
| Pedro Ríos | 6759056 | Dir. OBRA | Promym-KA | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(Firma)
(Nombre) ANGY ZAMORA CAICEDO
Residente Ambiental y/o SST Contratista

(Firma)
(Nombre) LILIANA LOZANO TAFUR
Residente Ambiental y/o SST Interventoría

iginal: Dependencia responsable del contrato
a copia : Interventor
copia: Contratista

Powered by CamScanner

| CÓDIGO | FORMATO | VERSIÓN | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| FO - GIP - 061 | FORMATO No.24 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | 2.0 | |

FECHA: 15-02-23

CONTRATO No.: 489 de 2022

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUTAR EL MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIONES Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LOS SALONES COMUNALES UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ BOGOTA D.C. POR LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE".

LUGAR Y FECHA: Oficina - 15-FEB-23

NOMBRE DEL PROFESIONAL: ANGY MARCELA ZAMORA CAICEDO

EMPRESA: CONSORCIO PROMYM-KA

TEMA: REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL , DIVULGACION DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS POLITICAS SST, POLITICA NO CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y TABAQUISMO, OBJETIVOS, RESPONSABILIDADES, USO DE E.P.P, NOTIFICACION DE RIESGOS, PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO, REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS, ACCIDENTES O INCIDENTES DE TRABAJO, PLAN DE EMERGENCIA, COPASST, COCOLAB, BRIGADA DE EMERGENCIA, NOTIFICACION DE EXAMEN MÉDICO DE EGRESO, NORMAS GENERALES EN OBRA. GENERALIDADES DEL MANUAL UNICO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO AMBIENTAL Y SST, RCD, SEPARACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS Y PELIGROSOS, PROCEDIMIENTOS AMBIENTALES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES.

HORA DE INICIO: 8:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 9:00am

TIPO

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | X | CAPACITACIÓN | |
| CHARLA INFORMATIVA | | ENTRENAMIENTO | |
| | | OTRO | |

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO | COMPAÑÍA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| natalia Hurtado Usa | 1000381010 | auxiliar de proyectos | Alianza Cely | Natalia H. |
| Patricia Rodriguez | PT 5417208 | Ing. ELECTRICA | Alianza Cely | Patricia Rodriguez |
| Cristian LOPEZ | 1032470772 | Ing. Civil | KA6A5 | |
| Nixlon Martinez | 11522427 | Electrico | Electro Pvas | Javier Martinez |
| Luis Tibata | 4249399 | Electrico | electro P. | |

(Firma) Angy Zamora

(Nombre) ANGY ZAMORA CAICEDO

Residente Ambiental y/o SST Contratista

(Firma)

(Nombre) LILIANA LOZANO TAFUR

Residente Ambiental y/o SST Interventoria

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia. Contratista

Powered by CamScanner