

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.

Barridos de piso



Cartón



Servilletas



Vasos de plásticos



Comida



Botellas Plástico





Handwritten arrows and an 'X' indicate sorting: Sweepings go to the green bin. Cardboard, napkins, and plastic bottles are crossed out with an 'X'. Plastic cups and food waste go to the black bin.

Juanelo

FIRMA



**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y
RE-INDUCCIÓN DE SST**

CÓDIGO HSE- FOR-81

VERSIÓN 1

**FECHA DE APROBACIÓN
08/01/2019**

**REGISTRO INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL**

NOMBRE: Gustavo Adolfo Guirago S.	CEDULA: 1000174912	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: Instituto tecnico industrial	CARGO: obrero	

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

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
AFP-EPS-ARL-CCF
Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)
3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
 - X Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
 - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
 - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
 - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

Son obligaciones especiales del trabajador

Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST

Prohibiciones de los trabajadores

7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY-INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carmaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	Físicos: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	Mecánicos: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	Químicos: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	SI	Eléctricos: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control.
SI	Biológicos: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos.	SI	Locativos: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
SI	Psicosociales: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales - jerárquicas, convivencia laboral.	SI	Seguridad vial: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	Naturales: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	Biomecánicos: Postura (prologada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	Tecnológicos: Explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	Comportamentales: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	Públicos: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	Trabajo en Alturas
SI	Espacios Confinados.	SI	Otros:

Medidas de control:

- Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirimetría.
- Cumplir y promocionar las políticas del WRUSSY INGENIEROS SAS.
- Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
- No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
- Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
- No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
- Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
- Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
- Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad.
- Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
- No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
- Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
- No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
- Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1005179912

Cedula:

Nombre del trabajador: Gustavo Adolfo

Nombre Inducción:

Fecha: 26

Fecha:

Firma del trabajador: Gustavo

Firma responsable socialización:



EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG

CÓDIGO HSE-FOR-88

VERSIÓN 1

FECHA DE
APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Gustavo Gutierrez Fecha: 05-06-23 Cargo: Ayudante Nota:

1. ¿Qué es un 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.
- Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
- Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
- Todas las anteriores.

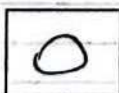
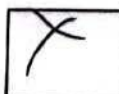
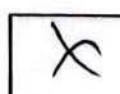
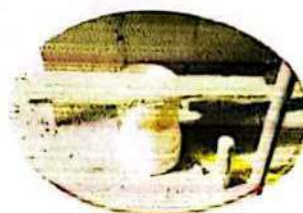
2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
<u>Contaminada</u>	<u>Organica</u>	<u>Residuos</u>

3. Cuál es el significado de punto ecológico

- Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
- es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
- es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.





EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG

CÓDIGO HSE-FOR-88

VERSIÓN 1

FECHA DE
APROBACIÓN: 08/01/2019

5. Que es el comité de convivencia laboral

- a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

- a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

- a. Conservar la calma.
- b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
- c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
- d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Costa
FIRMA



REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST

CÓDIGO HSE- FOR-81

VERSIÓN 1

FECHA DE APROBACIÓN
08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: <i>Elton Fernando Reyes Serrano</i>	CEDULA: <i>1016218718</i>	FECHA: <i>26-05-2023</i>
ÁREA/SECCIÓN:	CARGO: <i>obrero</i>	

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

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
AFP-EPS-ARL-CCF
Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)
3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
 - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
 - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
 - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
 - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

Son obligaciones especiales del trabajador

Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST

Prohibiciones de los trabajadores

7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.



REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST

CÓDIGO HSE- FOR-81

VERSIÓN 1

FECHA DE APROBACIÓN
08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnauba o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	Físicos: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	Mecánicos: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	Químicos: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	NO	Eléctricos: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control.
SI	Biológicos: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos.	SI	Locativos: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
SI	Psicosociales: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales - jerárquicas, convivencia laboral.	SI	Seguridad vial: Accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
NO	Naturales: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	Biomecánicos: Postura (prologada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
NO	Tecnológicos: Explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	Comportamentales: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	Públicos: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	Trabajo en Alturas
	Espacios Confinados.		Otros:

Medidas de control:

- Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculoesquelético, audiometría y espirometría.
- Cumplir y promocionar las políticas del WRUSSY INGENIEROS SAS.
- Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
- No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
- Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
- No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
- Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
- Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
- Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad.
- Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
- No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
- Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
- No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
- Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1096218748

Cedula:

Nombre del trabajador: Elan Fernando Reyes

Nombre Inducción:

Fecha: (Elan Reyes) 26-05-2023

Fecha:

Firma del trabajador: Elan Reyes

Firma responsable socialización:

Nombre: Elkin R

Fecha: 05-06-23

Cargo: ayudante

Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

- ☒ a. 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. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
- c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
- d. Todas las anteriores.

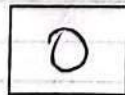
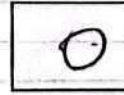
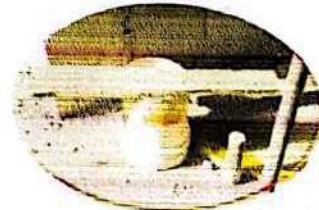
2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
<u>Contaminado</u>	<u>Orgánico</u>	<u>residuos</u>

3.Cuál es el significado de punto ecológico

- ☒ a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
- b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
- c. es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.



	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

5. Que es el comité de convivencia laboral

- ☒ a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

- ☒ a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

- a. Conservar la calma.
- ☒ b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
- c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
- d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.

Barridos de piso



Cartón



Servilletas



Vasos de
plásticos



Comida



Botellas Plástico



[Handwritten Signature]
 FIRMA



REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST

CÓDIGO HSE- FOR-81

VERSIÓN 1

FECHA DE APROBACIÓN
08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carpa o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPs y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligente SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
Si	Físicos: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	Si	Mecánicos: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
Si	Químicos: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	NO	Eléctricos: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control.
Si	Biológicos: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos.	Si	Locativos: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
Si	Psicosociales: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	Si	Seguridad vial: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
Si	Naturales: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	Si	Biomecánicos: Postura (prologada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
Si	Tecnológicos: Explosión, fuga, derrame, incendio.	Si	Comportamentales: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
NO	Públicos: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	Si	Trabajo en Alturas
	Espacios Confinados.		Otros:

Medidas de control:

- Examen médico ocupacional de Ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría.
- Cumplir y promocionar las políticas del WRUSSY INGENIEROS SAS.
- Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
- No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
- Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
- No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
- Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
- Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
- Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad.
- Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
- No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
- Evite dejar herramientas botadas, ubíquelas en el lugar correspondiente.
- No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
- Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1007775962

Cedula: 3772004.

Nombre del trabajador: KEVIN ORTEGA.

Nombre Inducción:

Fecha: 05/05/23

Fecha: 06-05-2023

Firma del trabajador: KEVIN ORTEGA.

Firma responsable socialización: [Firma]



REGISTRO DE INDUCCIÓN Y
RE-INDUCCIÓN DE SST

CÓDIGO HSE- FOR-81

VERSIÓN 1

FECHA DE APROBACIÓN
08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: *Brayan Andres Cossio S.*

CEDULA: *1042214936*

FECHA:

ÁREA/SECCIÓN: *Instituto Tecnico Industrial*

CARGO: *A. de obra*

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

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
AFP-EPS-ARL-CCF
Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)
3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
 - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
 - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
 - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
 - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

Son obligaciones especiales del trabajador

Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST

Prohibiciones de los trabajadores

7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con la normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Nombre: Kevin Ortega

 Fecha: 05-06-23

 Cargo: Ayudante

Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

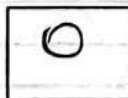
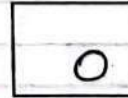
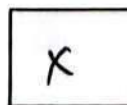
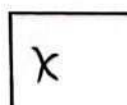
- a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
- b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
- c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
- d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
<u>Contaminados</u>	<u>Orgánicos</u>	<u>Residuos</u>

3.Cuál es el significado de punto ecológico

- a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
- b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
- c. es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.


5. Que es el comité de convivencia laboral

- ☒ a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

- ☒ a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

- a. Conservar la calma.
- ☒ b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
- c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
- d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.

Barridos de piso



Vasos de
plásticos



Cartón



Comida



Servilletas



Botellas Plástico



KEVIN .

FIRMA



REGISTRO DE INDUCCIÓN Y
RE-INDUCCIÓN DE SST

CÓDIGO HSE- FOR-81

VERSIÓN 1

FECHA DE APROBACIÓN
08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: *Sigifredo Rondero P*

CEDULA: *13569557*

FECHA:

ÁREA/SECCIÓN:

CARGO: *Oficial*

26/03/23

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

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
AFP-EPS-ARL-CCF
Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)
3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
 - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
 - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
 - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
 - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

Son obligaciones especiales del trabajador

Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST

Prohibiciones de los trabajadores

7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa WRUSSY INGENIEROS SAS estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa WRUSSY INGENIEROS SAS me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligente SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	Físicos: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	Mecánicos: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	Químicos: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	SI	Eléctricos: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control.
SI	Biológicos: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos.	SI	Locativos: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
SI	Psicosociales: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	Seguridad vial: Accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	Naturales: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	Biomecánicos: Postura (prologada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	Tecnológicos: Explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	Comportamentales: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	Públicos: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	Trabajo en Alturas
	Espacios Confinados.	SI	Otros:

Medidas de control:

- Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculoesquelético, audiometría y espirometría.
- Cumplir y promocionar las políticas del WRUSSY INGENIEROS SAS.
- Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
- No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
- Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
- No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
- Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
- Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
- Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
- Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
- No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
- Evite dejar herramientas botadas, ubíquelas en el lugar correspondiente.
- No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
- Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cédula: 13569557

Cédula:

Nombre del trabajador: SIGIFRIDO MENDOZA P

Nombre Inducción:

Fecha: 26/05/23

Fecha:

Firma del trabajador: SIGIFRIDO MENDOZA P

Firma responsable socialización:

Nombre: Sigifredo Nendo Fecha: 05-06-23 Cargo: Oficial Nota:

1. ¿Qué es un 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.
- Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
- Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
- Todas las anteriores.

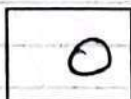
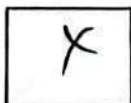
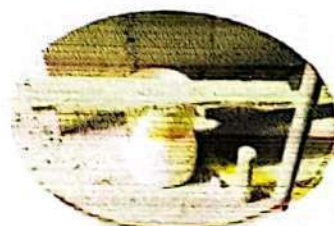
2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
<u>contaminados</u>	<u>organico</u>	<u>residuos</u>

3. Cuál es el significado de punto ecológico

- Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
- es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
- es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.



	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

5. Que es el comité de convivencia laboral

- ☒ a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

- ☒ a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

- a. Conservar la calma.
- ☒ b) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
- c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
- d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.

Barridos de piso



Vasos de
plásticos



Cartón



Comida



Servilletas



Botellas Plástico



Sibilfredo
FIRMA

A stylized, three-dimensional geometric logo composed of interlocking blue and grey shapes, resembling a complex letter 'W' or a series of connected chevrons.

ANEXO 2. ENTREGA EPP

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

ALVIERO CARPIO

CARGO: AYUDANTE

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas de seguridad.	Alviero C	1	28-04-23	
2	CAMISA	x Alviero C	1	13-05-23	
3	GAZAS NEGAS	x Alviero C	1	16-05-23	
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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 1995; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

x

CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santrapp	CEDULA No.	37712004
CARGO	Inspe. SST	FIRMA	

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1979 y art. 91 decreto 1072 de 2015

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Alexander Jimenez

CARGO:

Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas Pantaneras de Seguridad	Alex	1	06-03	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

x Alex

CEDULA:

13.565.252

RESPONSABLE

NOMBRE

Sandoa Santiago

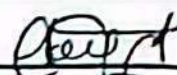
CEDULA No.

37712034

CARGO

Insp SST

FIRMA



FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR
NOMBRE:

Alfonso uengue

CARGO: Maestro chny.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas pantoneras de seguridad	Alfonso	1	01-06-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:
CEDULA:
RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santoyo	CEDULA No.	37712004
CARGO	Snsp EST	FIRMA	[Firma]



ENTREGA ELEMENTOS DE
PROTECCION PERSONAL

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Carlos Rodriguez

CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Boton Pantalonero de Seguridad.	<i>[Firma]</i>	1	01-06-23	
2		<i>[Firma]</i>			
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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 1994; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

[Firma]

CEDULA:

1096204378.

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santiago	CEDULA No.	37712004
CARGO	Ins. SST	FIRMA	<i>[Firma]</i>

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR
NOMBRE:

Antonio Convalledo

CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas de seguridad Pantanera,	Antonio C	1	08-06-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

COMPROMISO

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 haber recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Al recibir los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador, de acuerdo a lo establecido 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Archivo de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en RUSSY INGENIEROS SAS

Este presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

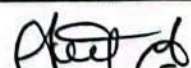
FIRMA DEL TRABAJADOR:

X Antonio C.

CEDULA:

1096242479.

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santoyo	CEDULA No.	37712004
CARGO	Insp SST	FIRMA	

**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 03/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Alveiro Carpio

CARGO: Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas Pantanero de Seguridad	Alveiro C	1	03-06-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la W RUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

X Alveiro C.

CEDULA:

104241689.

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandro Santoyo	CEDULA No.	37712004
CARGO	Jrp SST	FIRMA	

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

umplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley E reto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

ANTONIO CAUALLIO

CARGO: REPORTE

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
DOTAS DE SEGURIDAD.	Antonio C	1	28-04-23	
antes de corbata	Antonio C	1	28-04-23	
CAMISA	X Antonio C	1	13-05-23	
BAFAS NEGRO	Antonio C	1	16-05-23	

COMPROMISO

ometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantene ndo cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y s bido información sobre el uso adecuado de los mismos.

s equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes co n la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; L CRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará e Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como NGENIEROS SAS

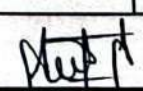
compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

EL TRABAJADOR:

X

CEDULA:

RESPONSABLE

Sandra Santiago	CEDULA No.	37712004
Insp. SST.	FIRMA	

**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Carlos Rodriguez

CARGO:

Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Boton Negro	Carlos	1	26-05-2023	
2	Carco Amarillo	Carlos	1	26-05-2023	
3	Busco	Carlos	2	26-05-2023	
4	Gaantes	Carlos	1	26-05-2023	
5	Gafon Negro	Carlos	1	26-05-23	
6	protector aud. tuer	Carlos	1	26-05-23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

Carlos

CEDULA:

1046204338

RESPONSABLE

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	



ENTREGA ELEMENTOS DE
PROTECCION PERSONAL

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Elkin Reyes

CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas. Pantanera de Seguridad	x Elkin Reyes	1	01-06-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la RUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

x Elkin Reyes

CEDULA:

1096248748

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santiago	CEDULA No.	37712024
CARGO	Inspector EST	FIRMA	[Firma]

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Elkin Fernando Reyes Sarmiento

CARGO: Obrero

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas negras	Elkin Reyes	1	26-05-23	
2	Casco Amonillo	Elkin Reyes	1	26-05-23	
3	Busos	Elkin Reyes	2	26-05-23	
4	Gauntos	Elkin Reyes	1	26-05-23	
5	Gafas negras	Elkin Reyes	1	26-05-23	
6	protectores aud-tivos	Elkin Reyes	1	26-05-23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en WUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

Elkin F. Reyes

CEDULA:

1096214743

RESPONSABLE

NOMBRE	Elkin Fernando Reyes Sarmiento	CEDULA No.	1096214743
CARGO	Obrero	FIRMA	Elkin F. Reyes

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Elvio Corpio

CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Boton Pantaloneros de Seguridad	Elvio Corpio	1	0-06-22	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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.

Al recibir 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en WUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

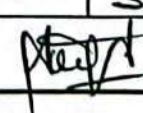
FIRMA DEL TRABAJADOR:

X Elvio Corpio

CEDULA:

1096212001.

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santiago	CEDULA No.	37712004
CARGO	Insp. SST.	FIRMA	

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Elvis Carpio. cc. 1096212001. **CARGO:** Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Par de guantes de camara.	Elvis C.	1	28-04-23	
2	Botas de seguridad.	Elvis C.	1	28-04-23.	
3	CAHUSA	Elvis C. P.	1	13-05-23	
4	Guantes	Elvis Carpio R.	1	24-05-23	
5					
6					
7					
8					

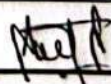
COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declara 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:
CEDULA:
RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santiago.	CEDULA No.	37712004
CARGO	Insp SST.	FIRMA	



ENTREGA ELEMENTOS DE
PROTECCION PERSONAL

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Gustavo Gutierrez

CARGO:

Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Boton de Seguridad Pantanero	x Gustavo	1	01-06-23	
2	Gauchos Vaqueta	x Gustavo	1	02-06-23	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

x Gustavo

CEDULA:

1005179912.

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santoya	CEDULA No.	37712004
CARGO	Insp. EST	FIRMA	[Firma]



ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Gustavo Adolfo Gutierrez.

CARGO: Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Boton Negro.	Gustavo	1	26-05-23	
2	Busos.	Gustavo	2	26-05-23	
3	Casco Amarillo.	Gustavo	1	26-05-23	
4	Gaantes	Gustavo	1	26-05-23	
5	Gafas	Gustavo	1	26-05-23	
6	protectores auditivos	Gustavo	1	26-05-23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicologico y social. De que he recibido informacion 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 1995; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de RUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: x Gustavo

CEDULA: Gustavo

RESPONSABLE

NOMBRE	x Gustavo	CEDULA No.	
CARGO	x Gustavo	FIRMA	

**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Hector Escobar

CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas Pantoneras de Seguridad	x Julio	1	2-06-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

x Julio

CEDULA:

91425553

RESPONSABLE

NOMBRE

Sandra Santiago

CEDULA No.

37712004

CARGO

Ins.p SST

FIRMA

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 81 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

HECTOR JULIO ESCOBAR.

CARGO: AYUDANTE -

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	BOTAS DE SEGURIDAD.	Hector J.	1	28-04-23	
2	Gautes de Camara.	Hector J.	1	28-04-23	
3	Gafas	Julio	1	05-05-23	
4	CAMISA	Julio	1	13-05-23	
5	Gautes.	Julio	1	24-05-23	
6					
7					
8					

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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WRUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

Y

CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Sandra Santiago	CEDULA No.	37712004
CARGO	Ins. SST	FIRMA	Marta



ENTREGA ELEMENTOS DE
PROTECCION PERSONAL

CODIGO: HSE-FOR-02

VERSION 1

FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Sigifredo Mendez P

CARGO:

Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Bota Negra	Sigifredo M	26-05-23	1	
2	Calzo Amarillo	Sigifredo M	1	26-05-23	
3	Botas	Sigifredo M	2	26-05-23	
4	Gauchos	Sigifredo M	1	26-05-23	
5	Bata Negra	Sigifredo M.	1	26-05-23	
6	Protectores auditivos	Sigifredo M.	2	26-05-23	
7					
8					

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. Debo haber 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 1995; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de W. RUSSY INGENIEROS SAS

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

Sigifredo Mendez P

CEDULA:

13569557

RESPONSABLE

NOMBRE	Sigifredo Mendez P	CEDULA No.	13569557
CARGO	Oficial	FIRMA	Sigifredo Mendez P

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

Sigilfredo Mender

CARGO: Oficial.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Boton Pantanera con puntera.	Sigilfredo M	1	08-06-23	
2		Sigilfredo M			
3					
4					
5					
6					
7					

COMPROMISO

comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando 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.

ando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador Unidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la WUSSY INGENIEROS SAS

Este presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:

X Sigilfredo M

CEDULA:

13.569.557

RESPONSABLE

NOMBRE

Sandra Santiago

CEDULA No.

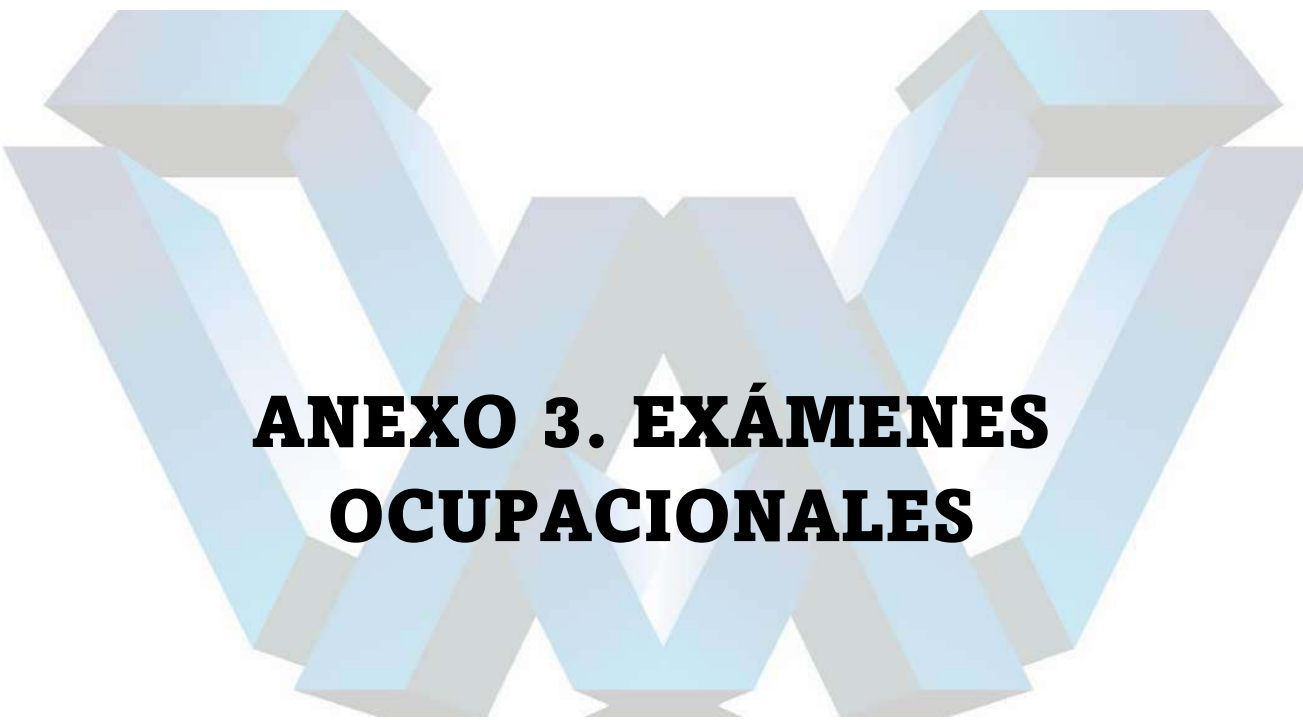
37712024

CARGO

Inspe. SST

FIRMA

[Firma]



ANEXO 3. EXÁMENES OCUPACIONALES



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

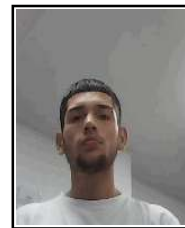
N° 11.368

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			RUSSY LADINO WILVER FRANCINY		
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)					
ORTEGA CAMARGO KEVIN LEONARDO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	22 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS	CC 1007775962
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo OBRERO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
SI			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:					
GLICEMIA		✓		TRIGLICERIDOS ✓	
VISIOMETRIA LABORAL		✓		AUDIOMETRIA LABORAL ✓	
COLESTEROL TOTAL		✓		VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19.					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING			Nombre: ORTEGA CAMARGO KEVIN LEONARDO		
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854			CC: 1007775962		
			Código de Seguridad P623V1B11368		



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.207

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26	05	2023	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY				RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			
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)							
BUITRAGO SANTANA GUSTAVO ADOLFO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	22 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS	CC	1005179912
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OBRERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
SI 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:							
GLICEMIA				TRIGLICERIDOS			
VISIONOMETRIA LABORAL				AUDIOMETRIA LABORAL			
COLESTEROL TOTAL				VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING				Nombre: BUITRAGO SANTANA GUSTAVO ADOLFO			
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854				CC: 1005179912			
				Código de Seguridad H623N1T11207			



IPS MEDICAL JOB SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S
CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
CODIGO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: 156460317201

DATOS GENERALES DEL USUARIO

Numero de Consecutivo:	9070	Fecha - Hora:	miércoles, 24 de agosto de 2022 07:18						
Empresa - organización:	Consortio Construir	Ocupación:	Maestro de construccion						
Nombre(s):	Alfonso Manuel	Apellido(s):	Vergara Herrera						
Fecha nacimiento:	4/01/1975	Edad:	46 Años						
Estado Civil:	Unión libre	Escolaridad:	Primaria completa						
Dirección:	Barrio la independencia	Número Telefónico:	3219818158	Doc.	78323568				
Estrato:	2. Dos	No. Hijos:	Uno	EPS:	Famisanar	ARL:	Sura	AFP:	Colpensiones

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo:	Ingreso	Enfasis :	Osteomuscular	Enfasis 1:	Trabajo en alturas	Otro:	NA
-------	---------	-----------	---------------	------------	--------------------	-------	----

EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

Visiometría:	SI	Amétrope leve	Prueba Unipodal:	SI	Normal
Optometría:	NO	No realizada	Electrocardiograma:	NO	No realizada
Audiometría:	SI	Sensibilidad auditiva Normal	Psicología:	NO	No realizada
Espirometría:	NO	No realizada	RX Torax:	NO	No realizada
Test Ruffier:	NO	No realizada	RX columna:	NO	No realizada

PARACLÍNICOS REALIZADOS

Trigliceridos:	SI
Colesterol Total:	SI
HDL:	N/R
LDL:	N/R
Glicemia:	SI
Hemoglobina:	SI
Hematocrito:	SI
Leucocitos:	SI
Neutrofilos:	SI
Linfocitos:	SI
Plaquetas:	SI
Serologia II:	N/R
Parcial de orina:	N/R
Nitrógeno ureico:	N/R
Creatinina:	N/R
TGO:	N/R
TGP:	N/R
Marihuana:	N/R
Cocaína:	N/R
Benzodiacepinas:	N/R
Antg Sars cov-2:	N/R

EVALUACION DE INGRESO

Sin restricción para el cargo:	SI
Sin restricción para brigadista:	SI
Con restricciones para el cargo:	NA
Sin restricción con condicionalidad:	NA
Sin restricción para trabajar en alturas:	SI
Sin restricción para conducción de vehículos:	NA
Sin restricción para trabajo administrativo:	NA
Sin restricción para trabajar en espacios confinados:	NA
Sin restricción para requerimiento de la empresa:	SI
Aplazado:	NO

EVALUACION PERIODICA - POST INCAPACIDAD

Sin restricción para continuar el cargo:	NA
Sin restricción para conducción de vehículos:	NA
Sin restricción para trabajar en alturas:	NA
Reubicación laboral temporal:	NA
Reubicación laboral definitiva:	NA
Reintegro laboral:	NA

EVALUACION RETIRO

Sospecha de enfermedad laboral:	NA
Accidentes de trabajo:	NA
Enfermedad Común:	NA

PROGRAMAS - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Biomecanico:	SI
Auditiva:	NO
Visual:	SI
Cardiovascular:	NO
Respiratoria:	NO
Psicosocial:	NO

RESTRICCIONES

Cargas mayores de 12,5 kgs:	NA
Trabajo en alturas:	NA
Vibracion:	NA
Ruido:	NA
Material particulado:	NA
Altas temperaturas:	NA
Posturas prolongadas:	NA
Movimientos repetitivos:	NA
Manipulacion de quimicos:	NA
Espacios confinados:	NA

SEGUIMIENTO

Remisión:	NA
Valoración por EPS:	NA
Valoración por ARL:	NA

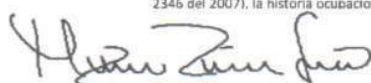
RECOMENDACIONES GENERALES

Uso EPPS:	SI	Higiene postural:	SI	Pausas activas:	SI	Habitos de vida saludable:	SI	vacunacion completa:	SI
Reducir peso:	NO	Proteccion auditiva:	SI	Protección ocular:	SI	Protección respiratoria:	SI	Casco de seguridad:	SI

OBSERVACIONES

Usuario en adecuadas condiciones generales, sin alteración de tipo osteomuscular, sin restricción para el cargo de trabajo en alturas, se dejan recomendaciones para la prevención del contagio de covid-19.

La custodia de la historia ocupacional estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional (Art. 2 de la Resolución 1918 de 2009 que modifica el art. 17 de la Resolución 2346 del 2007), la historia ocupacional y los demás documentos relacionados son documentos privados que podrán ser custodiados por el servicio médico de la empresa.



Miguel Ángel Reyes Franco
Médico Cirujano Esp. S.O.
RM:16567 LIC. S.O. 4621


Miguel Ángel Reyes F.
Médico Cirujano
RM. 16567 LIC. S.O. 4621
Especialista en Salud Ocupacional

Sello de validación

El aspirante o colaborador declara que todos los datos consignados corresponden a una información verídica


Alfonso Manuel Vergara Herrera
N° Documento 78323568





LABORATORIO CLINICO
MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS

DIRECCION: Carrera 12 # 11-43 Local 5 TELEFONO: 3183063885 - 7738661
Sogamoso - Boyaca - Colombia
e-mail: marialopez_29@hotmail.com



10064455

Página 1 de 1

Orden No : 10064455
Paciente : ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA
Identificación : 78323568
Convenio : MEDICAL JOB
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Fecha recepción : 24/08/2022 07:46:54
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 46 / M
Telefono : PART

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA				
Recuento de Leucocitos	5.9	x10^3mm^3	4.0 -	10.0 x10^3mm^3
% Linfocitos	37.3	%	25.0 -	38.0 %
% Monocitos	6.9	%	3.0 -	6.0 %
% Granulocitos	55.8	%	56-	72 %
# Linfocitos	2.1	x10^3mm^3	1.0 -	4.00 x10^3mm^3
# Monocitos	0.4	x10^3mm^3	0.20 -	1.00 x10^3mm^3
#Granulocitos	3.4	x10^3mm^3	0.4 -	0.7 x10^3mm^3
Recuento de Eritrocitos	6.02	x10^6/mm^3	3.80 -	5.80 x10^6/mm^3
Hemoglobina	15.7	g/dl	H:14.0-17.0	M:11.8-15.0
Hematocrito	50.9	%	H:42.0-48.0	M:38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	85	um^3	80 -	90 um^3
HB Corpuscular Media	26.1	pg	26.0 -	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	30.9	g/dl	31.0 -	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	13.6	%	12.0 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	270	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	8.0	um^3	6.0 -	15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	13.6	%	11.0 -	18.0 %
Plaquetocrito	0.217	%	.150 -	.500 %


MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS
BACTERIOLOGA
0263

Validación: 24/08/2022 08:38:04

QUIMICA

Colesterol Total	225.6	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl	
Glucosa	87	mg/dl	70 -	110 mg/dl
			Primer Dia	: 40 - 60 mg/dl
			Mayor de 1 Dia:	50 - 80 mg/dl
			Adultos	: 70 - 110 mg/dl
Triglicéridos	141.3	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl	


MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS
BACTERIOLOGA
0263

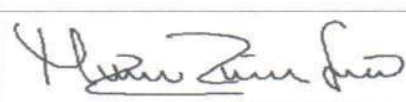
Validación: 24/08/2022 08:38:15

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

DATOS GENERALES									
N° Consecutivo	9070			Fecha - Hora	miércoles, 24 de agosto de 2022 07:18				
Empresa	Consorcio Construir			Cargo o Puesto	Maestro de construccion				
Nombre(s)	Alfonso Manuel			Apellido(s)	Vergara Herrera				
No. Doc. Ident.	78323568			Estado Civil	Unión libre				
Género	Masculino	Edad	46 Años	Fecha nacimiento	01/04/1975				
Ocupación	Maestro de construccion			Escolaridad	Primaria completa				
Departamento	Santander			Dirección	Barrio la independencia				
No. Telefónico	3219818158			Estrato	2. Dos				
No. Hijos	Uno			ARL	Sura				
EPS	Famisanar			AFP	Colpensiones				
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL									
Tipo	Ingreso			Énfasis 1	Confirmatorios				
Énfasis 2	NA			Otro -Cuál?	NA				
EQUIPO EMPLEADO									
Marca	Maico	Modelo	MA-25	Fecha de calibración	Mayo 21 de 2022				
ANTECEDENTES				SÍNTOMAS ACTUALES					
Años laborados	10			Tinnitus	NO	Zumbidos	NO		
Uso de protección auditiva	SI			Mareos	NO	Vértigo	NO		
Horas de uso	SI			INFECCIÓN A OÍDOS					
Reposo auditivo	---			Oído Derecho	NO	Oído Izquierdo	NO		
Tiempo de exposición en 8h/día	---			DOLOR DE OÍDOS					
ANTECEDENTES RELACIONADOS				Oído Derecho	NO	Oído Izquierdo	NO		
Consumo de tabaco	NO			OTRAS ALTERACIONES					
Servicio militar	NO			Disminución de la audición	NO				
Hobbies con exposición a ruido	NO			Dificultad para la conversación	NO				
Exposición laboral a químicos	NO			EXMEN DE OÍDOS (OTOSCOPIA)					
Infección de oído	NO			OD	Normal				
Uso de ototoxicos (Antibiotico)	NO			OI	Normal				
TABLA DE FRECUENCIAS - AUDIOGRAMA									
Frecuencias	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA (5-1-2-3)
Oído Derecho	10	10	15	15	10	20	20	20	12,5
Oído Izquierdo	10	10	15	15	20	20	25	25	15
OBSERVACIONES									
DIAGNÓSTICO	SENSIBILIDAD AUDITIVA BILATERAL NORMAL				VALORACION	NO			
CONTROL	Se Sugiere Control Auditivo Anual.				USAR	EPPA			
OBSERVACIONES	Ninguna								
<div> <div> Diego Chavez FONOAUDIOLOGO UNICAUCA REG. 2025 </div> <div> TP - RM - LSO 3365 </div> <div> Aspirante o colaborador Alfonso Manuel Vergara Herrera </div> </div>									



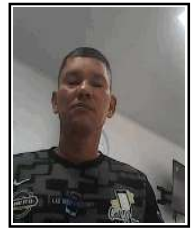
IPS MEDICAL JOB SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S
EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO VISUAL
CODIGO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: 156460317201

DATOS GENERALES DEL USUARIO									
N° consecutivo	9070			Fecha - Hora	miércoles, 24 de agosto de 2022 07:18				
No. Doc. Ident.	78323568			Organización	Consortio Construir				
Nombre(s)	Alfonso Manuel			Apellido(s)	Vergara Herrera				
Fecha nacimiento	04/01/1975	Edad	46 Años	Cargo o Puesto	Maestro de construcción				
Género	Masculino			Municipio	San vicente de chucurí				
Departamento	Santander			Número Telefónico	3219818158				
Estado Civil	Unión libre			Dirección	Barrio la independencia				
Escolaridad	Primaria completa			Estrato	2. Dos				
No. Hijos	Uno			EPS	Famisanar				
ARL	Sura			AFP	Colpensiones				
ANAMNESIS VISUAL				REVISION POR SISTEMAS					
Último control	4 meses	Usa RX	NO	Asintomático	SI				
Para vision VL:	NO	vision VP:	NO	Cansancio ocular	NO				
Frecuencia	NA	Bifocal	NO	Resequedad ocular	NO				
Progresivo	NO	PC	NO	Disminución visual de cerca	NO				
Usa protección ocular	SI	Ocasional	NA	Cefalea	NO				
ANTECEDENTES				Lagrimo	NO				
Antec. Familiares	Ninguno			Fotofobia	NO				
Antec. Personales	Ninguno			Prurito ocular	NO				
I. EXAMEN VISUAL VISIOMETRO TITMUS II				IV. MEDICIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL					
I. BINOCULARIDAD				SIN CORRECCION					
Suprime OD				VL - OD	20/20+	VL - OI	20/20+		
Suprime OI				VP - OD	20/20	VP - OI	20/20		
II. ESTEREOPSIS				CON CORRECCION					
III. TEST COLOR ISHIHARA				VL - OD	---	VL - OI	---		
Observaciones: Ninguna				VP - OD	---	VP - OI	---		
V. CAMPIMETRÍA SIN OCLUIR NINGÚN OJO				VI. CAMPIMETRÍA HORIZONTAL					
CAMPIMETRO VERTICAL				IZQUIERDO					
Izquierdo. Arriba	SI	IZQ. Abajo	SI	IZQ - 85° Izq	SI	70° - Izquierdo	SI		
Derecho. Abajo	SI	DER. Arriba	SI	IZQ - 45° -NASAL	SI	55° - Izquierdo	SI		
VII. MOTILIDAD OCULAR				DERECHO					
VL	Normal	VP	Normal	DER - 45° NASAL	SI	55° - Derecho	SI		
Ducciones	Normal	Versiones	Normal	DER - 70°	SI	85° - Derecho	SI		
EXAMEN OCULAR									
Hiperemia Conjuntiva	NO	Pterion N	NO	Pterion T	NO	Pinguecula	NO		
Ptosia Palpebral	NO	Secrecion	NO	Blefaritis	NO	Blefaritis seborreica	NO		
Observaciones:	Ninguna								
RESULTADOS Y CONCEPTO									
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:				Amétrope leve					
Valoración:				CONCEPTO					
Optometria:	NO	APTO:	SI						
Oftalmología:	NO	Conducta:	Ninguna						
Control visiometria:	SI								
OBSERVACIONES									
Ninguna									
									
 Miguel Ángel Reyes F. Médico Cirujano R.M. 16567 Lic S.O. 4621 Especialista en Salud Ocupacional									
Nombre del Profesional y Firma				Especialidad - sello de validación			Registro médico - licencia ocupacional		
Miguel Ángel Reyes Franco				Médico Cirujano Esp. S.O.			4621		



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.367

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			RUSSY LADINO WILVER FRANCINY		
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)					
MORA CARVAJALINO DOMINGO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	38 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC 13568501
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo OBRERO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
SI			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:					
GLICEMIA		✓		TRIGLICERIDOS ✓	
VISIONOMETRIA LABORAL		✓		AUDIOMETRIA LABORAL ✓	
COLESTEROL TOTAL		✓		VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
		DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA			
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING		Nombre: MORA CARVAJALINO DOMINGO			
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854		CC: 13568501			
		Código de Seguridad 162301U11367			



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.363

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			RUSSY LADINO WILVER FRANCINY		
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)					
COSSIO SANTAMARIA BRAYAN ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	24 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS	CC 1042214936
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo OBRERO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
SI			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:					
GLICEMIA		✓		TRIGLICERIDOS ✓	
VISIOMETRIA LABORAL		✓		AUDIOMETRIA LABORAL ✓	
COLESTEROL TOTAL		✓		VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19.					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING		Nombre: COSSIO SANTAMARIA BRAYAN ANDRES			
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854		CC: 1042214936			
		Código de Seguridad C623I1O11363			



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.193

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25	05	2023	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
WRUSSY INGENIEROS SAS				RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			
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)							
RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	33 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC	1096204338
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AYUDANTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
SI 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:							
GLICEMIA				✓	TRIGLICERIDOS		
VISIONOMETRIA LABORAL				✓	AUDIOMETRIA LABORAL		
COLESTEROL TOTAL				✓	VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN.				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19. DISMINUIR CONSUMO DE GRASAS.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: ECHEVERRÍA AMAYA LUDWING				Nombre: RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO			
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854				CC: 1096204338			
				Código de Seguridad Y623E1K11193			



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.210

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26	05	2023	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY				RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			
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)							
REYES SERRANO ELKIN FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	30 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC	1096218748
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OBRERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
SI				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:							
GLICEMIA				✓	TRIGLICERIDOS		
VISIONOMETRIA LABORAL				✓	AUDIOMETRIA LABORAL		
COLESTEROL TOTAL				✓	VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING				Nombre: REYES SERRANO ELKIN FERNANDO			
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854				CC: 1096218748			
Código de Seguridad							
S623Y1E11210							



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.365

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			RUSSY LADINO WILVER FRANCINY		
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)					
MORENO ARRIETA ISNARDO DE JESUS			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	24 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC 1096248874
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo OBRERO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
SI			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:					
GLICEMIA		✓		TRIGLICERIDOS ✓	
VISIOMETRIA LABORAL		✓		AUDIOMETRIA LABORAL ✓	
COLESTEROL TOTAL		✓		VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19.					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING			Nombre: MORENO ARRIETA ISNARDO DE JESUS		
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854			CC: 1096248874		
			Código de Seguridad M623S1Y11365		



MILENH IPS S.A.S

Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.374

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			RUSSY LADINO WILVER FRANCINY		
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)					
CARPIO PEÑALOZA JAIR			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	23 AÑOS 11 MESES 0 DÍAS	CC 1096253724
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo OBRERO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: <i>NO APLICA</i>					
SI			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:					
GLICEMIA		✓		TRIGLICERIDOS ✓	
VISIOMETRIA LABORAL		✓		AUDIOMETRIA LABORAL ✓	
COLESTEROL TOTAL		✓		VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma: _____			Firma: _____		
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING			Nombre: CARPIO PEÑALOZA JAIR		
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854			CC: 1096253724		
			Código de Seguridad B623H1N11374		



MILENH IPS S.A.S

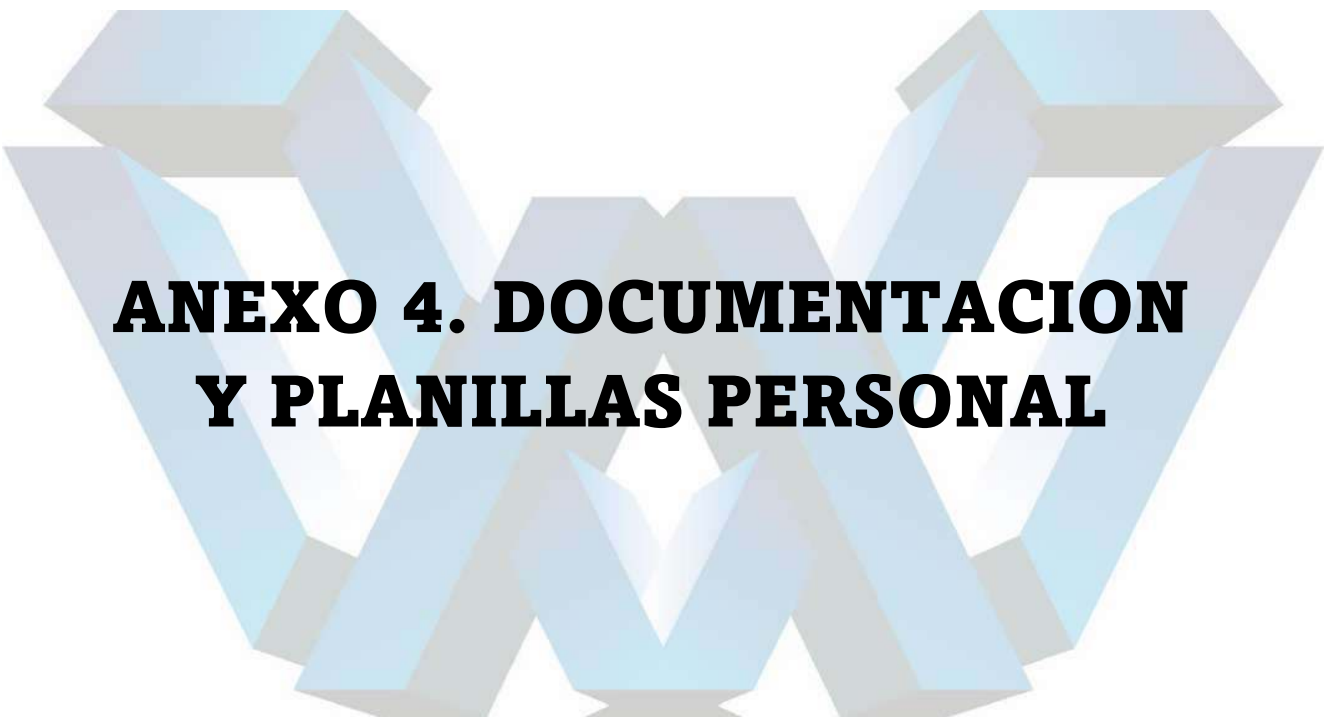
Nit. 901 303 897-9
Calle 49 No 21- 58 Barrio Colombia
Cel. 302 258 2566- Tel. 376 13 8173
Barrancabermeja- Santander
milenhpsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.209

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26	05	2023	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
RUSSY LADINO WILVER FRANCINY				RUSSY LADINO WILVER FRANCINY			
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)							
MENDEZ PAREDES SIGILFREDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	38 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC	13569557
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargos							
OFICIAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
SI 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:							
GLICEMIA				✓	TRIGLICERIDOS		
VISIOMETRIA LABORAL				✓	AUDIOMETRIA LABORAL		
COLESTEROL TOTAL				✓	VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR SIN SIGNOS O SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN POR COVID-19.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: ECHEVERRIA AMAYA LUDWING				Nombre: MENDEZ PAREDES SIGILFREDO			
R. M.: 91161894 L.S.O.: 14854				CC: 13569557			
				Código de Seguridad			
				0623U1A11209			



ANEXO 4. DOCUMENTACION Y PLANILLAS PERSONAL



RAZON SOCIAL :	WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
IDENTIFICACION:	CC-80212380
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-05-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-06-21
FECHA DE PAGO:	2023-05-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-05
PERIODO SALUD:	2023-05
NUMERO PLANILLA:	26233697
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26233697
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 250.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 320.000
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 40.000	\$ 40.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 610.000	\$ 610.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/07/2023
----------------------------------	------------

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS10	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0				\$ 0					\$ 145,000	\$ 0	\$ 0	\$ 145,000
SUBTTOTALES:				\$ 0				\$ 0					\$ 145,000	\$ 0	\$ 0	\$ 145,000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

[illegible]**TOTAL**

\$ 330,600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS	CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C - MIPYME	INDEPENDIENTE	15	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL. LEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	30/05/2023	68153279	\$139.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD						
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	
					No. Autorización	Valor
					No. Autorización	Valor

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 UPC
						Total a Pagar
						No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES										
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar
14-11	ARL SURA	890903790-5	139.200	No. Autorización	Valor	139.200	0	0	1.392	139.200
										1

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
ICBF				
MEN				
SENA				
TOTALES			139.200	139.200

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	0	0	0	0
Pensión	0	0	0	0
Riesgos Laborales	1	139.200	139.200	139.200
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES			139.200	139.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS	CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DIVISIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C - IMPYME	INDEPENDIENTE	15	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLADOS	UPC	
				1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR		
2023-05	2023-05	Y	30/05/2023	68153279	\$'139.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Colaborador	Suscriptor	Extraterritorial	RMS	PET	TDE	TAE	TBE	STB	VSE	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT	RIR	Cod. AFP	IBC AFP	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Colización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Colización	Código CCFF	IBC CCFF	Aporte CCFF	IBC otros parafiscales	Aporte SENIA	Aporte ICAP	Aporte MEN	Aporte ESAP	
1	CC	809212360	RUSSY LAINO WILVER FRANCINY				59	0	N															0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	2,000,000	5	138,200		0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS	CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C - MIPYME	RIESGO 5	12	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	19/05/2023	67484942	\$1.789.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	68.800	0		0	0	0	1
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	162.400	0		0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	924.800	0	0	0	0	0	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	402.400				402.400	0	0	402.400		4.024	402.400	2

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	231.200	0	2

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, ITP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	2	231.200	231.200	231.200
Pensión	1	924.800	924.800	924.800
Riesgos Laborales	1	402.400	402.400	402.400
CCF	1	231.200	231.200	231.200
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	5	1.789.600	1.789.600	1.789.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS	CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DIVISIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C - MIPYME	RIESGO 5	12	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)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	19/05/2023	67484942	\$1.789.600

DETALLE POR COTIZANTE																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	CC	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cópol. exterior	Int.	RET	TOE	TAP	VST	SLN	RE	Cód. AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntari o Afiliado	Fondo pensional de solidaridad	Fondo especial de subsistencia	Cod. EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1057588784	SALAMANCA ROJAS KAREN LISSETH	1	0	S									230301	4.060.000	549.500	0	0	0	0	EPS005	4.060.000	162.400	14-11	4.060.000	5	282.500	CCF24	4.960.000	162.400	0	0	0	0
2	CC	79431607	PABLO LEON DUVAN ALBERTO	1	0	S									230301	1.720.000	275.200	0	0	0	0	EPS002	1.720.000	68.800	14-11	1.720.000	5	119.800	CCF24	1.720.000	68.800	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS	CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
SUCURSAL	C - MIPYME	Barranca	Barranca	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)		NUMERO PLANILLA		CANTIDAD	
								EMPL. LEADOS	
								UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES							4	0
2023-05	2023-04		E	19/05/2023		67484982		TOTAL A PAGAR	
								\$2.266.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad	
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	46.400		0		0	0	0
EPS010	EPS Sura	800088702-2	120.000		0		0	0	0
EPS017	Familiar EPS	830003564-7	80.000		0		0	0	0
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	46.400		0		0	0	0
									Total a Pagar
									No. Afiliados
									46.400
									1
									120.000
									80.000
									46.400
									1
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	8002297393-0	480.000	0	0	0	0	0	0
230301	Pensionir	800224808-8	505.800	0	0	0	0	0	0
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0
									Total a Pagar
									480.000
									505.800
									185.600
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor
14-11	ARL SURA	890903790-5	509.600		509.600	0	0	509.600	5.096
									Fondo Solidaridad
									509.600
									Total a Pagar
									4

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF38	Cajaliba	890270275-5	292.800	0	0	292.800	4	

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
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	Total a Pagar
Salud	4	292.800	292.800
Pensión	3	1.171.200	1.171.200
Riesgos Laborales	1	509.600	509.600
CCF	1	292.800	292.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.266.400	2.266.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	Barranca	Barranca	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
					SI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	19/05/2023	67,489,982	\$2,266,400

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subtipo	Colón extranjero	RNO	RET	TDE	TAD	VSP	VST	SUN	KOE	LMA	AAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod.EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBSF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1096228349	ALVAREZ MORALES YESENIA			1	0	S														230301	1.160.000	185.500	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	COF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0	0
2	CC	1095754093	NARVAEZ QUINONEZ CESAR ORLANDO			1	0	S														230201	3.000.000	490.000	0	0	0	EPS010	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.500	COF38	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0	0
3	CC	286360837	GUTIERREZ ACOSTA FANNY			1	0	S														25-14	1.160.000	185.500	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	COF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0	0
4	CC	37712004	SANTAGO CAMACHO SANDRA MILENA			1	0	S														230301	2.000.000	320.000	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	COF38	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
NI	8021280-5	WILVER FRANCINY RUSSY LADINO	Clle 11 B Bis A Num 78 23	4115589	ingwilver@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
SUCURSAL	A - Más de 200 cot.	Barranca	Barranca	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA		CANTIDAD
						EMPL. EMPLEADOS UPC
						5 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR		
2023-05	2023-04	E	19/05/2023	67486632		\$1.798.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad	
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	139.200	0		0		1	200
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	92.800	0		0		1	200
									Total a Pagar
									139.400
									93.000
									3
									2

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	1	300
230301	Porvenir	800224808-8	371.200	0	0	0	0	1	500
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	1	300
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	1	300
									Total a Pagar
									185.900
									371.700
									185.900
									2
									1
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor	Sistemas			
14-11	ARL SURA	890903790-5	404.000				404.000	1	500
			Subtotal Cotización		Fondo Solidaridad		Total a Pagar		
			404.500		4.040		404.500		
							5		

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF38	Cafaba	890270275-5	232.000	1	300	232.300
						5

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	
		2	Total a Pagar
Salud		232.000	232.400
Pensión	4	925.000	929.400
Riesgos Laborales	1	404.000	404.500
CCF	1	232.000	232.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.796.000	1.798.600

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
NI	80212980-5	WILVER FRANCINY RUSSY LADINO	Cile 11 B Bis A Num 78 23	4115589
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
SUCURSAL	A - Mas de 200 cot	Barranca	Barranca	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	2023-05	PERIODO PENSIONES	2023-04	E
TOTAL A PAGAR				\$1.793.600

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Indicador	RET	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	LAC	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntari Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1042211689	CARPIO PEÑALOZA ALBEIRO	1	0	S																231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	0	EPS037	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	1096212001	CARPIO PEÑALOZA ELVIS	1	0	S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	0	EPS037	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
3	CC	1096242479	CARVALLIDO CARPIO ANTONIO JOSE	1	0	S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	0	EPS037	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
4	CC	13565252	JIMENEZ SANTAMARIA ALEXANDER	1	0	S																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	0	EPS041	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
5	CC	91425553	ESCOBAR SAAVEDRA HECTOR JULIO	1	0	S																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	0	EPS041	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF38	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA
No. Identificación: CC78323568
Dirección: CR 15 22 A 33 BRR LA INDEPENDENCIA
Telefono: 4111513
Correo: hseqwrussy@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8368118575

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA
Tipo y número de identificación	CC78323568
Número de planilla	8368118575
Fecha pago	2023-05-30
Número de autorización pago	1000000111
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2023
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2023
Número de Administradoras	2
Total Pagado	330600
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	185600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 78323568
APELLIDOS Y NOMBRES: ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	1160000	1160000	0	0	145000	0	185600	0	0	0

Medellín, 31 de may de 2023

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 78323568 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/06/2023

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA, INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96%

TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA, INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA, INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

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

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.86.9, 172.16.42.57

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 5:37 PM

HOJA DE VIDA.

NOMBRE: ALFONSO MANUEL
APELLIDOS: VERGARA HERRERA
CEDULA #: 78.323.568
CIUDAD: Buenavista (Cordoba).
DIRECCION: Carrera 15 # 22 A 33
TELEFONO: 3219818158
ESTADO CIVIL: CASADO

CARGO: Maestro
EMPRESA: Consorcio Fenix

Actualmente Laborando

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **78.323.568**

VERGARA HERRERA

APELLIDOS

ALFONSO MANUEL

NOMBRES

Alfonso Vergara

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1975**

BUENAVISTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

23-ABR-1997 BUENAVISTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00244854-M-0078323568-20100715 0022789250A 1 1640765850

9008737896
9008737896

No. de Radicación
23791134

Fecha de Radicación
02 05 2022

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 ☒ 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) 3
--	--	--	--	---	--------------------------------------

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

6. Apellidos y nombres VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 78323568	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento D 01 M 04 A 1975
---	---	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial 20	15. Administradora de riesgos laborales - ARL NINGUNA	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000	18. Residencia	Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico		Municipio / Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

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

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

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia
B1	B2	B3	B4	B5	

31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	B2	B3
B4	B5	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
--	---

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 ALFONSO MANUEL VERGARA	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 78323568	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) BOGOTA
39. Ubicación CAKL 163 N 04 17	NT	Correo electrónico	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 ☐	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	42. Fecha novedad D 02 M 05 A 2022
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: GN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad: ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	☐
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	71. Firma del funcionario		
72. Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad			
OBSERVACIONES CARGO: INDEPENDIENTE			

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

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

05/2016

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL** identificado(a) con **CC** número **78.323.568** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de diciembre de 2009 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 mayo de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2022050210301



**IFTAR
TACTICA HSEQ**

Verificación de Certificados Únicamente en
www.iftar.tactica.com
tactica.alturas@gmail.com
322 704 7773 - 312 466 3918

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Res. 1409 del 2012, Res. 1903 del 2013, Res. 3368 del 2014, Res. 11/8 del 2017 y NTC 6072.

INSTITUTO DE FORMACION PARA TRABAJOS DE ALTO RIESGO TACTICA HSEQ S.A.S

Hace constar que:

ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA

C.C.N: 78323568

Certificado: HSEQ A – 2111240

CURSO Y APROBÓ LA ACCIÓN DE FORMACIÓN

NIVEL: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

INTENSIDAD: 20 HORAS

FECHAS DE FORMACION: 20/11/2021 AL 21/11/2021

CIUDAD: TOCANCIPÁ

En testimonio de lo anterior se afirma en la ciudad de Tocancipá, Cund.

Calle 5e N 11-70 Sector la Aurora.

Fecha de expedición: 21/11/2021


César Alberto Polanía
Licencia N° 15012 del 2017.

ENTRENADOR


DENISSE DIAZ HUERTAS
REPRESENTANTE LEGAL

DENISSE DIAZ HUERTAS
REPRESENTANTE LEGAL

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo No: 25-0428 del 2018 S.S.CUND.

CERTIFICADO ENTE ACREDITADOR ICONTEC No CS-CER719624

APROBACION MINISTERIO DEL TRABAJO No: 08SE20202200000000010565

IFTAR TÁCTICA HSEQ

NIT: 900790720-8

SOMOS ALTURAS





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 203638974



WEB

15:31:41

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de agosto del 2022

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) ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 78323568:

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.

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

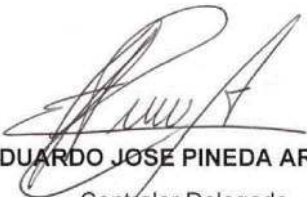
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 24 de agosto de 2022, a las 15:32:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	78323568
Código de Verificación	78323568220824153209

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado



BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA
CC 1.042.214.936 DE YONDO - CASABE



DATOS PERSONALES

NOMBRES:	BRAYAN ANDRES
APELLIDOS:	COSSIO SANTAMARIA
IDENTIFICACION:	CC 1.042.214.936
LUGAR DE EXPEDICION:	YONDO- CASABE
FECHA DE NACIMIENTO:	12 DE ENERO 1999
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE
CELULAR:	3015233698
BARRIO:	NUEVO MILENIO
DIRECCION:	CALL 52 BIS 41 F 24
Cargo:	OBRERO

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIA:

FUNDETEC
BACHILLER ACADEMICO
BARRANCABERMEJA – SANTANDER

REFERENCIAS PERSONALES

GABRIEL AMARIS
INDEPENDIENTE
CEL. 3007011228
BARRANCABERMEJA

JOEL SUAREZ
GUARDA DE SEGURIDAD
CEL 3144573613
BARRANCABERMEJA

REFERENCIAS FAMILIARES

ALBER SANTAMARIA
ANDAMIERO
CEL. 3146044179
BARRANCABERMEJA

YULI SANTAMARIA
INDEPENDIENTE
CEL. 3024471022
BARRANCABERMEJA

BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA
C.C. 1.042.214.936 DE YONDO- CASABE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
RESERVISTA DE PRIMERA CLASE

1042214936

NOMBRES: BRAYAN ANDRES
APELLIDOS: COSSIO SANTAMARIA

FUSILERO

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2019	2029	2039

UNIDAD MILITAR: Batallón de Artillería de Defensa Aérea N° 2 "Nueva Granada"

FECHA DE EXPEDICIÓN: 30/07/2018

DISTRITO MILITAR: 034

A188217

CR. EULIN ALFONSO ARGOTE HIDALGO
DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA .
EJÉRCITO NACIONAL
**TARJETA DE CONDUCTA
COMANDANTE DEL BAADA2**

ace constar que el **SLR.COSSIO**

SANTAMARIA BRAYAN ANDRES

on Tarjeta de Reservista No. **1042214936**

Observó **EXCELENTE** Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del **080217** al **030818**

B/bermeja 03/08/2018 **TC. PABLO FELIPE MONTES MARIN**
LUGAR Y FECHA FIRMA Y POSTERIOR CDTE. UNIDAD

DEBERES DE LOS RESERVISTAS DE PRIMERA CLASE

1. Porte la Tarjeta de Reservista y consérvela en buen estado.
2. Cuando cambien de domicilio preséntese en la Alcaldía, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar tal hecho.
3. Cuando se decrete la Movilización o llamamiento especial, preséntese en la Unidad Militar más cercana, o al Alcalde del municipio de su residencia. El incumplimiento le ocasiona sanciones previstas en el Artículo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

076251

"SI QUIERES LA PAZ PREPARATE PARA LA GUERRA"



Ejército Nacional
Comando de Educación y Doctrina
Escuela de Soldados Profesionales

El Director de la Escuela de Soldados Profesionales otorga el presente

DIPLOMA

ALM. COSSIO SANTAMARIA BRAYAN ANDRES

CC. 1042214936

Quien aprobó el Curso N° 60 de Soldados Profesionales cumpliendo los requisitos exigidos por la Institución de conformidad con el Proyecto Educativo del Programa y las Normas Vigentes; para desempeñarse en las Unidades de Combate y Apoyo de Combate del Ejército Nacional en la ejecución de Operaciones Militares.

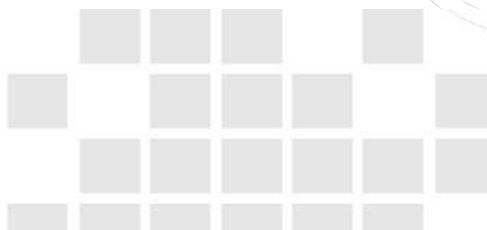
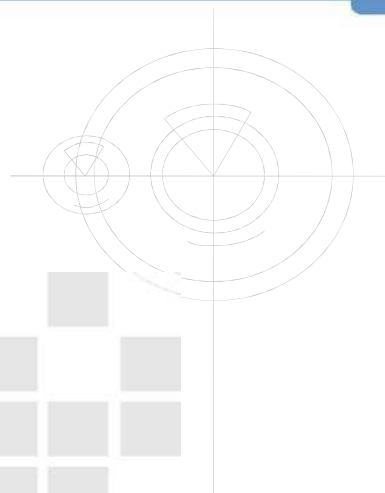
Dado en Nilo - Cundinamarca, a los 07 (siete) días del mes de diciembre de 2018

Mediante orden del día N° 049 artículo 7º del OF de diciembre de 2018

Teniente Coronel GERMÁN RAMÍREZ ORTIZ
Inspector de Estudios

Registro N° 01942 Folio N° 134

Coronel HENRY NOBLE YEV PALOMINO CANO
Director Escuela de Soldados Profesionales



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1042214936

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

**Armar andamios según especificaciones técnicas y normativa de trabajo en alturas - NIVEL
AVANZADO**

Código: 290201193 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BARRANCABERMEJA, A los cinco (5) días del mes de Abril de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

982321 - 05/04/2021
Nº Y FECHA REGISTRO

EDGAR ALFONSO NAVAS ROJAS
Subdirector CENTRO INDUSTRIAL Y DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO
REGIONAL SANTANDER

Vigencia:
hasta el 5 de Abril de 2024

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web: <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número: 954690290201153C31042214936C.





La República de Colombia y en su nombre

FUNDETEC
FUNDACIÓN EDUCATIVA Y TÉCNICA HACIA EL
PROGRESO INDUSTRIAL
BARRANCABERMEJA-SANTANDER

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación del Municipio de Barrancabermeja-Santander Según Resolución No. 0356 del 05 de Marzo del 2014, para Educación Formal según el Decreto 3011 de 1997, en los niveles de Básica y Media, de Ciclos Lectivos Especiales Integrados CLEI.

Confiere A:

Brayan Andres Cossio Santamaria

Identificado (a) con T.I. N° 1.042.214.936 de Barrancabermeja

El Título de:

BACHILLER

Por haber alcanzado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional- P.E.I. del Colegio.



Rector



Secretaria

Anotado en el control interno del libro No. 01 Folio No. 17
Dado en Barrancabermeja a los 05 días dle mes de DICIEMBRE del año 2016

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Brayan Andrés

Apellidos:

Cossio Santamaría

Documento
de identidad:

C.C. X.T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1042214436

Fecha de
nacimiento:

Día 12 Mes 01 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21 enero 2022	Astrazeneca	NNO22A	 Diagnóstico & Servicios	Yolani Díaz Cañas	AUX. DE ENFERMERÍA REGISTRACIÓN 017645 C.C. 1.099.213.562
	2	17 08-22	Pfizer Comirnaty	PCA 0076	Hermes	Yori Gonzalez	Hermes



www.mpi.net.co

COMERCIALIZADORA INTERNACIONAL MANUFACTURAS Y PROCESOS INDUSTRIALES LTDA

CERTIFICA:

Que el señor BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1,042,214,936, labora en nuestra empresa desde el 7 de diciembre de 2022 hasta el 06 de marzo de 2023, con contrato de trabajo a término fijo inferior a un año, desempeñando el cargo de AYUDANTE DE CONSTRUCCION devengando un salario básico mensual de UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL M/CTE (\$1,374,000.00).

En constancia a lo anterior y a petición de la persona interesada se firma el presente certificado en el municipio de BARRANCABERMEJA a los 06 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente,

LAURA MILENA RUEDA LOPEZ
COORDINADOR DE TALENTO HUMANO

Para verificación de la referencia llamar al siguiente número 3214783578- correo electrónicos talentohumanobca@mpi.net.co

ESPECIALISTAS EN ASFALTOS

Bucaramanga (57-7) 6788888 - Km 2 anillo vial, vía Floridablanca-Girón, Ecoparque empresarial NATURA. - Servicioalcliente@mpi.net.co
Barrancabermeja (57-7) 6010125, (57-7) 6228725 - Carrera 19 # 72-46 Barrio La Libertad. - direccioncomercial@mpi.net.co
Bogotá (57-1) 2578114 - Carrera 7#83-29 Centro Empresarial La Cabrera Oficina 404. - bogota@mpi.net.co



CONSTANCIA DE TRABAJO

ORLANDO DONADO Y COMPAÑÍA LIMITADA, identificada con el **Nit. 890.115.555 -1**, certifica que el señor (a) **BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1.042.214.936**, laboró con nuestra empresa desempeñando el cargo de **EXCAVADOR**.

DESDE: 26 de enero del 2022

HASTA: 30 de junio del 2022

Se expide el presente documento, de conformidad con el artículo 57 inciso 7 del Código Sustantivo del Trabajo.

Para constancia se firma a los tres (03) días del mes de agosto de 2022.

Cordialmente.

ORLANDO DONADO Y CIA. LTDA
INGENIEROS CIVILES
NIT. 890.115.555-1

Tatiana Pineda
Jefe de Talento Humano



UT COLOMBIA FASE II
NIT. 901.579.986-0

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA No: 088-2022 "REHABILITACIÓN DE REDES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS EXISTENTES DE AC, HF Y PVC POR PVC EN EL BARRIO COLOMBIA DE LA COMUNA 1 DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA, FASE II"

De acuerdo con la Cláusula Séptima (7ª) del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo

CERTIFICAMOS

Que el Señor (a) **BRAYAN ANDRÉS COSSIO SANTAMARÍA** identificado con cédula de ciudadanía No 1.042.214.936 de Yondó (Ant.), laboró para esta firma contratista correspondiente al **CONTRATO DE OBRA PÚBLICA No: 088-2022 "REHABILITACIÓN DE REDES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS EXISTENTES DE AC, HF Y PVC POR PVC EN EL BARRIO COLOMBIA DE LA COMUNA 1 DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA, FASE II"** desempeñando el cargo de **OBRERO** con un Contrato de obra o labor en el siguiente periodo:

DESDE: 29 de agosto de 2022
HASTA: 23 de septiembre de 2022

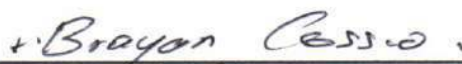
La presente certificación se expide a solicitud del interesado y por los derechos consagrados y estipulados por Ley, en la ciudad de Barrancabermeja (Santander), y su fecha de expedición es: martes, 28 de noviembre de 2022.

Aclarando que el presente certificado se expide para verificar la experiencia del trabajador, POR LO TANTO, SÓLO ES VÁLIDO CON TEXTO, SELLO Y FIRMA EN ORIGINAL, PARA LA COMPROBACIÓN DE LA INFORMACIÓN COMUNICARSE CON LOS TELÉFONOS QUE APARECEN AL PIE DE LA PÁGINA.

REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR


MARIA ELENA PACHECO VALENCIA
C.C. 63.537.915 de Bucaramanga.


BRAYAN ANDRÉS COSSIO SANTAMARIA
C.C. 1.042.214.936 de Yondó



NIT: 903.020.620-0

Barrancabermeja, 10 de Enero del 2021

Coordinador Administrativo

CERTIFICA:

Que el señor **BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.042.214.936 de YONDO, laboro en nuestra empresa desde el 13 de Enero del 2020 hasta el 30 de Enero de 2021 desempeñando el cargo de andamiere con un contrato a término fijo.

Se caracterizó por ser una persona responsable, honesta y comprometida con el servicio que presto a la empresa.

Este certificado se expide en original a solicitud del interesado a los 10 días de mes de Enero del 2021.

ANTHONY CAGGIA
Coordinador Administrativo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS **E.P.S. Sanitas** Organización Sanitas Internacional NIT. 800.251.440-6 CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación ☐	2. Tipo de Afiliación	A. Individual ☒ - Cotizante o Cabeza de Familia	B. Colectiva ☐	D. De Oficio ☐	3. Régimen	A. Contributivo ☒
	B. Reporte de Novedades ☒		- Beneficiario o Afiliado adicional ☐	C. Institucional ☐			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	Cossio	Sanjamaña	Brayam	Andres
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	10A2214936	9. Sexo
				Femenino Masculino ☒
				10. Fecha de nacimiento
				12 01 19 99

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo ☐ Condición ☐		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	
Sura	Porvenir	1.160.000	
18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Calle 52 Bis #41 F - 24			3015233698
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Barancalheimeja	Urbana ☒ Rural ☐	Barancalheimeja	Santander

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 ☐		

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento 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 E.P.S.)
	Urbana Rural			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Wilner Francany Rosy Cardo	☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	80212380-5	
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico
Calle 8F #79-94		4111513	hseg@wvssyingenieros.com
			Municipio / Distrito
			Bogotá
			Departamento
			Bogotá

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización del documento de identidad

☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS

Código

☐ 6. Reinscripción en la EPS

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

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

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| ☐ | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | |
| ☐ | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | |
| ☐ | 13. Movilidad | ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ | 14. Traslado | ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ | 15. Reporte de fallecimiento | |
| ☐ | 16. Reporte del trámite de protección al cesante | |
| ☐ | 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado | |
| ☐ | 18. Reporte de la calidad de Pensionado | |

41. Datos básicos de identificación

43. EPS Anterior										44. Motivo de Traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones					
Tipo de documento de identidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										Número del documento de identidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexo <input type="text"/> Femenino <input type="text"/> Masculino		Fecha de Radicación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Segundo nombre 42. Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

☐ 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

☐ 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

☐ 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

☐ 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

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

☐ 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Brewster Cossio

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad	CN	RC	TI	CC	CE	PA	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 unión marital

☐ 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor

☐ 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia

☐ 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		67. Datos del SISBÉN Número de Ficha Puntaje Nivel <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		68. Fecha de Radicación <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		69. Fecha de Validación <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre							
70. Datos funcionario que realiza la validación Tipo de documento de identidad <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Número del documento de identidad <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		71. Firma del funcionario <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.042.214.936**

COSSIO SANTAMARIA
APELLIDOS

BRAYAN ANDRES
NOMBRES

Brayan Cossio
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1999**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-FEB-2017 YONDO-CASABE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0130000-00888294-M-1042214936-20170310 0054173010A 1 47847728

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Medellín, 03 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 RUSSY LADINO WILVER FRANCINY.

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 %
C1042214936	COSSIO SANTAMARIA BRAYAN ANDRES	05/06/2023		14920638	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/06/2023 12:35:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.32, 172.16.42.57



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 224423191



WEB

15:31:25

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de junio 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) BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1042214936:

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)

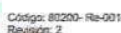
NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de 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.

División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



CAFABA

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO
Favor diligenciar completamente el formulario (Decreto 1637/2006) y signa las instrucciones detalladas al respaldo



CS-CER171048 FT-CER169860

SC 6574-1

SC 6574-2
SC 6574-2RECIBIDO

NOTA: Sin el lleno total de información y la no entrega de la documentación requerida, no acredita el derecho para el pago del subsidio familiar monetario.

Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6222810 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencioncliente@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co



**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:

BRAYAN ANDRES COSSIO SANTAMARIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.214.936**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías 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.

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 viernes 02 de junio de 2023, a las 15:31:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1042214936
Código de Verificación	1042214936230602153105

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:31:49 PM horas del 02/06/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1042214936**

Apellidos y Nombres: **COSSIO SANTAMARIA BRAYAN ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



**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 EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.204.338**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

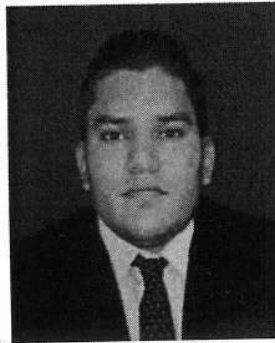


Tenga en cuenta:

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.

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

PERFIL PROFESIONAL



AYUDANTE TECNICO

Soy una persona de actitud dinámica y emprendedora que se adapta fácilmente al trabajo en equipo, cumpliendo mis deberes, con una visión amplia de mis conocimientos y me actualizo cada día para dar un mejor rendimiento en mi lugar de trabajo.

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

DATOS PERSONALES

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>Marzo 24 1990</i>
<i>Lugar de nacimiento:</i>	<i>Barrancabermeja, Santander</i>
<i>Tarjeta de identidad:</i>	<i>1.096.204.338</i>
	<i>Barrancabermeja</i>
<i>Estado Civil:</i>	<i>Soltero</i>
<i>Dirección:</i>	<i>Cra. 49N. 37 - 68</i>
	<i>El Paraíso</i>
<i>Celular:</i>	<i>6126597- 3005095036</i>
<i>Correo:</i>	<i>carloserl2015@gmail.com</i>
<i>Ciudad:</i>	<i>Barrancabermeja</i>

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

ESTUDIOS REALIZADOS

SEGUNDARIA

El Industrial
11 Grado
Bachiller Técnico
Barrancabermeja

REFERENCIAS LABORALES

EMPRESA

JEFE INMEDIATO

CARGO

TIEMPO LABORADO

CONSORCIO PTAR SAN SILVESTRE

Juan Guillermo Melo Velásquez

Obrero

3 Meses

EMPRESA

JEFE INMEDIATO

CARGO

TIEMPO LABORADO

INGENIERIA CONTRATOS S.A.S.

Yazmit Eliana Castaño

Ayudante de obra

15 días

EMPRESA

JEFE INMEDIATO

CARGO

TIEMPO LABORADO

INGENIERIA CONTRATOS S.A.S.

Yazmit Eliana Castaño

Ayudante de obra

10 meses

EMPRESA

JEFE INMEDIATO

CARGO

TIEMPO LABORADO

Consortio ITS

Fred Erasmo Gonzales Prieto

Ayudante Técnico

9 Meses

EMPRESA

JEFE INMEDIATO

CARGO

TIEMPO LABORADO

Morelco

Viviana Alcocer Castillo

Ayudante Técnico

2 Meses

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

EMPRESA	<i>Consymo</i>
JEFE INMEDIATO	<i>Juan Bautista Herreño</i>
CARGO	<i>Ayudante Técnico</i>
TIEMPO LABORADO	<i>12 Meses</i>

EMPRESA	<i>TF Auditores y Asesores</i>
JEFE INMEDIATO	<i>Clara Virginia Forero Rojas</i>
CARGO	<i>Ayudante de Inventario</i>

REFERENCIAS PERSONALES

<i>Nombre:</i>	ADOLFO BORRE CAÑAS
<i>Cargo:</i>	<i>Independiente</i>
<i>Teléfono:</i>	<i>310 858 7181</i>

<i>Nombre:</i>	RICARDO HERAZO
<i>Cargo:</i>	<i>Mecánico</i>
<i>Celular:</i>	<i>320 996 1924</i>

REFERENCIAS FAMILIARES

<i>Nombre:</i>	MIRIAM RODRÍGUEZ OLIVEROS
<i>Cargo:</i>	<i>Independiente</i>
<i>Teléfono:</i>	<i>312 593 8548</i>

<i>Nombre:</i>	MACARENA LOPEZ
<i>Cargo:</i>	<i>Empleada</i>
<i>Celular:</i>	<i>320 268 6300</i>

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ
C.C 1.096.204.338 De Barrancabermeja

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1096204338

APELLIDOS Y NOMBRES
RODRIGUEZ LOPEZ
CARLOS EDUARDO

PERIODO DE SERVICIO DE

1.ª VUELTA	2.ª VUELTA	3.ª VUELTA
31 - DIC 2022	31 - DIC 2023	31 - DIC 2024

PROFESIÓN BACHILLER
FECHA DE EXP. 24 OCT 2011


CORTE DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA SUBSISTEMA NACIONAL

Introducciones Especiales

1. Esta es un documento interno y se maneja reservado por lo que algunas veces:
 - Calcular operaciones con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la tierra administrativa.
 - Tener posesión de cargos públicos.
 - Obtener algún tipo de privilegio en cualquier parte donde se encuentre sujeto.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

 2968731
EJ CSZ 552

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Instituto
Técnico Superior Industrial
Barrancabermeja - Santander

Aprobada por la Gobernación de Santander según Resolución No. 7116
del 16 de Noviembre de 1989, Prorrogada por la Resolución No. 6072
de Noviembre 16 de 1995, Resolución de Integración No. 12520
del 28 de Octubre de 2002.

Confiere a:

Carlos Eduardo Rodríguez López

Identificado(a) con R.E. No. 15118424 Expedido en Barrancabermeja

El Título de:

Bachiller Técnico Industrial
Especialidad en Electricidad

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes
al Nivel de Educación Media, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional
P.E.I. - del Instituto.


Escudo del Instituto


Magister Carlos Das Carrero
Rector


Alexander Elias Lopez
Secretario

Anotada en el control interno del plantel en el
Libro No. 10 Folio No. 066 Diploma No. _____
Dado en Barrancabermeja, a 17 de Diciembre de 2006

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Inscripción Secretaría de Educación 200
Inscripción DANE 168081-000371

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
BARRANCABERMEJA
Carrera 28 N° 53-08 Tel. 6224709 - 6223418 - 6220652

El suscrito Rector y Secretaria Académica del Instituto Técnico Superior Industrial de Barrancabermeja, con licencia de funcionamiento según Resolución No. 12520 del 28 de octubre de 2002, emanada de la Secretaría de Educación del departamento de Santander, quien le da el reconocimiento como Institución Oficial. En los niveles de Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Técnica, en las jornadas mañana, tarde y noche en las plantas físicas donde funciona la institución.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN N° 047 DE DICIEMBRE 13 DE 2006

En la ciudad de Barrancabermeja, a los trece (13) días del mes de Diciembre de dos mil seis (2006) se reunieron la Comisión de Promoción, el Rector y Secretaria Académica, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado en el INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL de esta ciudad.

La Comisión de Promoción y Evaluación después de comprobar la situación legal y académica de cada estudiante del grado UNDÉCIMO (11°), en el nivel de Enseñanza Media Vocacional, Jornada Diurna y confrontar el cumplimiento de los requisitos establecidos, en el Proyecto Educativo Institucional. Procedió a autorizar se le otorgue el título de BACHILLER TÉCNICO INDUSTRIAL en la especialidad de ELECTRICIDAD al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO

Documento de identidad No. R.C. 15118424 expedida en Barrancabermeja

Con lo anterior se cumple lo estipulado en la Ley General de Educación N° 113 de febrero 6 de 1994 y los decretos nacionales N° 180 de enero 29 de 1982, 921 de mayo 6 de 1994, y el Decreto 230 del 11 de febrero de 2002.

Firmada y sellada de acuerdo a lo ordenado, por el Magister CARLOS DUZ CARRERA Rector y ALEXANDRA LIZABAZO LOPEZ, Secretaria Académica (E).

Dada en Barrancabermeja, a los trece (13) días del mes de diciembre de 2006.

Mp. CARLOS DUZ CARRERA
C.C. No. 10.910.021 de Bogotá

ALEXANDRA LIZABAZO LOPEZ
C.C. No. 10.910.021 de Bogotá
Secretaria Académica

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



EK FORMACIONES
S.A.S.

UNIVERSIDAD EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 8586 de 2019 expedida por LA SECRETARIA DE SALUD
DE SANTANDER el 22 de mayo de 2019.

EK2107311056-E

NIT 901251639-0

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Con Cédula de Ciudadanía No LO98 204.338 Expedida en BARRANCABERMEJA

Asistió y aprobó la capacitación en:

ESPACIOS CONFINADOS

Con una duración de 16 horas, realizada en la ciudad de Barrancabermeja del 31 de Julio al 01 de agosto de 2021.
En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barrancabermeja, a las 02 días del mes agosto de 2021.

ING. ELSON ALONSO GÓMEZ CÁDIZ
INSTRUCTOR

KATHERINE CARDONA PEREZ
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Verificación del presente documento mediante www.ekformaciones.com
Dirección: Segundo 58 transversal 46 # 58-05 B. los Alpes. Celdas: 3052361748-3054450544

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



**Metrología &
Servicios S.A.S**



MINTRABAJO

CORRESE 201822090000020194

ICONTEC INTERNACIONAL
NTC-6072:2014

DESTINADO: N° 02432001279
Fecha Vigencia Inicio: 2018-05-24
Fecha Vigencia Fin: 2023-05-23

Dando cumplimiento a la Resolución 1409 de 2012 y la Resolución 1178 de 2017

Certifica Que:

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Con Cédula de Ciudadanía N. 1.008.204.338

CERTIFICACION DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL **REENTRENAMIENTO AVANZADO**

DURACIÓN 20 HORAS

Realizado y Expedido en **Barrancabermeja** a los **TREINTA (30)** días del mes de **OCTUBRE** de **2019**



**Metrología &
Servicios S.A.S**
Calle Centro
900.790.708-6

MS2019-TA7387

**Metrología &
Servicios S.A.S**
Ing. Carlos Rodríguez López
Entrenador L.S.O. 003188

Para la verificación del presente certificado favor llamar a (31) 4028383 - 3023416270 o mail: metrologiaservicios@gmail.com. Página Web: www.metrologiaservicios.com
CALLE 72 N° 19 - 85 Barrio La Libertad (Barrancabermeja)



**Instituto Técnico del Petróleo
ITP Barrancabermeja**

Licencia de funcionamiento N° 0561 del 19 de Mayo de 2009. Modificada por Resolución N° 1830 de Diciembre 01 de 2016. Registro de Programas Res. N° 1669 del 17 de Diciembre de 2014. Secretaría de Educación Municipal Barrancabermeja. Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Certifica que:

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Documento de identidad N° 1096204338

Asistió y Aprobó al Curso:

Básico De Perforación Y Workover Para Cuñeros

Registro de autenticidad: BPWC098

Ing. Alexander Almario
Director

José Ignacio Camacho
Instructor

Fecha Fin de curso: 16/noviembre/2019, Barrancabermeja

Intensidad: 40 Horas

www.itp.com.co

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

 CAS S.A.S. De acuerdo a la Norma ONHA 29 CER 1926-ASO-45	CAPACITACIONES, ASESORÍAS Y SEGURIDAD TÉCNICA
Hacer constar que CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ Con Cédula de ciudadanía N° 1.096.204.338	
ARMADOR Y ENSAMBLADOR DE ESTRUCTURA METALICA Asistió y aprobó la capacitación y entrenamiento en Con una duración de 40 horas	
En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, se certifica en la ciudad de Barranquilla a los veintinueve (29) días del mes de Julio del año dos mil dieciocho (2018). Con validez de un (1) año a partir de la fecha de expedición de la presente certificación.	
JUAN CARLOS NÚÑEZ ATENCIO Ejecutor y responsable para cualquier registro en el SENA Identificación: C.C. 1183 - 8084 Firma: Juan Carlos Núñez Atencio	Fecha de registro: 25/06/2018 Código CAS - 8.84 - 14 - 000001480
Para verificación de esta certificación a través del correo: cas@cas.com o al Callcenter: 017 220 41 15	

INSTITUTO NACIONAL DEL PETROLEO
Autorización Oficial Secretaría de Educación Res. No. 11460
N.I.T. 900.086.627-1

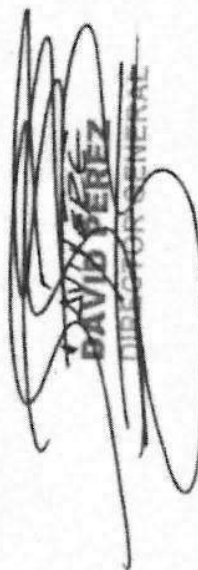
CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ
T.I. No. 90032457761 de Barrancabermeja.

Asistió y Participó en el:

CURSO BASICO DE CUÑERO
Industria Petrolera Cualificada y Competitiva
Barrancabermeja, Diciembre 6 de 2007.


MARTHA STELLA IBARRA
JEFE ADMINISTRATIVA


DAVID PÉREZ
DIRECTOR GENERAL

INSTITUTO NACIONAL DEL PETROLEO

Autorización Oficial Secretaría de Educación Res. No. 11460
N.I.T. 900.086.627-1

CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

T.I. No. 90032457761 de Barrancabermeja.

Asistió y Participó en el:

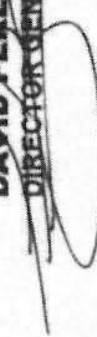
CURSO BASICO DE HSE

Industria Petrolera Cualificada y Competitiva

Barrancabermeja, Diciembre 6 de 2007.


MARTHA STELLA IBARRA
JEFE ADMINISTRATIVA


DAVID PÉREZ


DIRECTOR GENERAL

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Certifica que el 14 de diciembre de 2017:

Rodriguez Carlos
Nombre(s) y apellido(s)

c.c.1096204338
Numero de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

**Acciones, consideraciones y respuesta ante incidentes con
H2S - Parte 1**

Con un porcentaje de 56,57%

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carlos Rodriguez Lopez", written over a rectangular stamp that contains the word "Certifica" and some illegible text.

Certifica

ARL | SURA The Sura logo, which is a stylized bird or wing shape.

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Certifica que el 12 de diciembre de 2017:

Rodríguez López Carlos

Nombre(s) y apellido(s)

c.c. 1096204338

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

Operaciones Simultáneas - SIMOPS

Con un porcentaje de 99.99%


Carlos Rodríguez López
Código: 1096204338

Certifica

ARL | SURA

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Certifica que el 14 de diciembre de 2017:

Rodríguez López Carlos

Nombre(s) y apellido(s)

c.c.1096204338

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

Acciones, consideraciones y respuesta ante incidentes con

H2S - Parte 1

Con un porcentaje de 86.67%

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carlos Rodríguez López".

Certifica

ARL | SURG

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



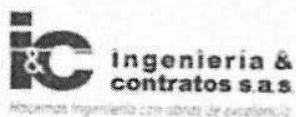
CONSORCIO PTAR SAN SILVESTRE 2016
CON NIT 901.000.319-2

CERTIFICA:

Que el señor **CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ** identificado con cédula de ciudadanía número 1.096.204.338 de Barrancabermeja, quien laboró en Nuestra Empresa desde el 15 de mayo de 2022 hasta el 30 de julio de 2022, para el contrato cuyo Objeto: *Diseño definitivo, construcción de obras civiles, suministro y montaje de equipos electromecánicos, obras eléctricas y de control, puesta en marcha, preparación, operación y mantenimiento de la planta de tratamiento de aguas residuales san silvestre – Convenio de colaboración No. DHS 157-09 de Ecopetrol y No 999-09 del municipio de Barrancabermeja. Obra pública 134-2016* desempeñando el cargo de **OBRERO**.


JUAN GUILLERMO MELO VELASQUEZ
GERENTE DE PROYECTO

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



• Carrera 45 # 31 - 114, Medellín (Colombia)
• info@ingycon.net
• http://ingenieriacontratos.com/
• NIT: 800011651-4



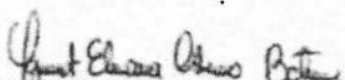
Medellín, 20 de Abril del 2022

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el señor; **CARLOS EDUARDO RODRÍGUEZ LÓPEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.096.204.338, laboro en nuestra empresa, a través de un contrato por Obra o Labor, desde el 06 de al 21 de Enero de 2022, desempeñando el cargo como: **AYUDANTE DE OBRA**, devengando un salario Básico mensual de \$1.000.000 M/cte.

Agradecemos de antemano la atención a la presente y quedamos a su disposición para cualquier información adicional que estimen conveniente.

Atentamente;


YAZMIT ELIANA CASTAÑO BETANCUR
DIRECTORA DE DESARROLLO HUMANO

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Barrancabermeja, 17 de enero de 2022

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el señor **CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1096204338**, laboró en nuestra empresa, desempeñando el cargo como **OBRERO** en los siguientes periodos y tipos de contrato

Tipo de contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
TÉRMINO FIJO	01/03/2021	31/05/2021
OBRA O LABOR	08/06/2021	23/12/2021

Objeto Social

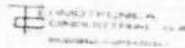
Contrato 3031558, Rehabilitación y Renovación del Sistema de Recolección y Conducción de las Aguas Residuales Industriales del SE-3020, SE-3030 y SE-3050, limpieza del SE- 3010 y Eliminación de Conexiones Erradas, en la Gerencia Refinería Barrancabermeja de Ecopetrol S.A.

Agradecemos de antemano la atención a la presente y quedamos a su disposición para cualquier información adicional que estimen conveniente.

Atentamente;

YAZMIT ELIANA CASTAÑO BETANCUR
DIRECTORA DE DESARROLLO HUMANO

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



CONSORCIO ITS

De Conformidad con el Artículo 57 inciso 7 del Código Sustantivo del Trabajo

CERTIFICAMOS QUE

El Sr. RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.096.204.338 expedida en la ciudad de Barrancabermeja (Santander), laboro en nuestra Empresa CONSORCIO ITS con el Nit No. 900.124.314-5 para el contrato No. 4021798 cuyo objeto es "Ejecución de la Construcción, Incluyendo las Compras y Suministro de Equipos y Materiales diferentes a los suministrados por ECOPEPETROL S.A., el Montaje, Prealistamiento, Alistamiento, la Puesta en Marcha y la Pruebas de Aceptación y Comprobación de Garantías requeridas para la instalación de las Plantas y Facilidades que conforman el Área 1 del Proyecto de Hidrotratamiento de Combustibles de la Gerencia Refinería Barrancabermeja (HDT-GRB)", desde el 03 de Marzo de 2008 hasta el 08 de Octubre de 2008.

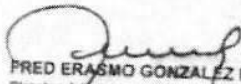
A la terminación de su contrato se desempeñaba como: **AYUDANTE TECNICO.**

Motivo del retiro: **TERMINACIÓN LABOR CONTRATADA**

La presente se expide en Barrancabermeja (Santander) el 15 de Octubre de 2008.

Cordialmente,

CONSORCIO ITS


FRED ERASMO GONZALEZ PRIETO
Director Administrativo
S.A. Hidrocarburos

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



CERTIFICADO DE TRABAJO

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ART. 57 DEL
CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO NUMERAL 7.

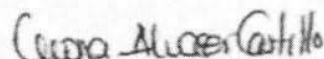
Hacemos constar que el Señor (a) RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS
EDUARDO identificado con la Cédula de Ciudadanía No 1.096.204.338
expedida en la ciudad de Barrancabermeja, laboró mediante contrato por
Duración de obra o Labor Contratada en el proyecto CONTRATO No.
5206113 OBRAS DE INSTALACIÓN DE PROTECCIÓN
CONTRAFUEGO FIRE PROOFING A LOS ELEMENTOS
ESTRUCTURALES METÁLICOS QUE ACTÚAN COMO
SOPORTES DE EQUIPOS Y LINEAS DE PROCESO DE LAS UNIDADES
DE PROCESO DE LA GERENCIA REFINERIA
BARRANCABERMEJA DE ECOPETROL SA.

Cargo. AYUDANTE TECNICO

Tiempo de Servicio Desde 6/06/2015 Hasta 29/07/2015

Para constancia se firma en la ciudad de Barrancabermeja a los 29 días del
mes de Julio del año dos mil quince (2015).

Cordialmente,


VIVIANA ALCOCER CASTILLO
Administrador de Obra
Tel: 6 02 85 55

Montajes Morelco S.A.
Ingeniería Electromecánica, Obras Civiles e Instrumentación

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Secretaría del Interior

Secretaría del Interior

lo tiene
todo
Barrancabermeja



Barrancabermeja, 20 del mes de Enero de 2023.

Cod: 42187

ALCALDÍA DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA
SECRETARÍA DEL INTERIOR
CERTIFICADO DE RESIDENCIA

El suscrito Secretario Distrital del Interior, certifica que el ciudadano cuyos datos aparecen relacionados en este documento, acredita residencia en la ciudad de Barrancabermeja.

Nombre: CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ
Cedula de ciudadanía No.: 1096204338
Fecha de Nacimiento: 24/03/1990
Lugar de expedición de la cedula de ciudadanía: BARRANCABERMEJA
Fecha de la solicitud: 06 DE ENERO DE 2023
Profesión u Oficio : OBRERO
Dirección : CARRERA 49 # 37-68 BARRIO EL PARAISO
Comuna : SIETE
Estado : APROBADO
Fecha Aprobación : 15 de Enero de 2023

La presente certificación puede ser verificada su autenticidad a través del siguiente Link:

<http://www.barrancabermeja-santander.gov.co/alcaldia/interfaces/sql/consulta.php>

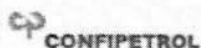
Se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Enero de 2023.,

En constancia de lo anterior,


Luis Manuel Toro Hernández
Secretario Distrital del Interior



HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Código: GG-ADM-F-1
Versión: 3
Fecha: 27-Mayo-2014
Página: 1 de 1

De conformidad con la Obligación 7ª del Artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO

CONSORCIO CONFIPETROL certifica que el Señor CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ identificado con la cédula de ciudadanía N° 1096204338 labora en esta Empresa desde el 01 de ABRIL de 2015 hasta el 30 NOVIEMBRE de 2015.

En el momento desempeñaba el cargo de **AYUDANTE TÉCNICO**.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Barrancabermeja a los 15 días de mes de Diciembre de 2015.

Por **CONSORCIO CONFIPETROL**

Nit. 900.619.655-7

ELIECER MATTOS PICON

Vicepresidente Administrativo y TH



Cra. 15 # 96-26 Of 401 Barrio El Chico PBX +57 (1) 4232949 Bogotá D.C.
Cra. 110 # 9-25 Of 613 Ed. Pacific P.H. PBX +57 (1) 5082008 Bogotá D.C.
Cra. 23 # 72-44 Barrio La Libertad PBX +57 (7) 9032200 Barrancabermeja
Cra. 16 # 44-36 Barrio El Buzo Alto PBX +57 (8) 8836167 Villavicencio

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

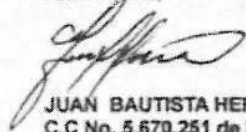
**CONSTRUCCIONES Y MONTAJES
CONSYMO**

JUAN BAUTISTA HERREÑO OLIVEROS
Prefabricación - Soldadura - Montaje de Tubería, Construcciones Metalmecánicas en
General y Suministro de Material y/o personal.
NIT 5670251-4

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

Yo JUAN BAUTISTA HERREÑO OLIVEROS identificado con cédula de ciudadanía N° 5.670.251, expedida en Lebrija (Santander) actuando en representación Legal de la empresa CONSYMO; identificada con Nit. 5.670.251-4 me permito certificar que el joven CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ, identificado con cédula de ciudadanía N° 1096204338 expedida en Barrancabermeja, se encuentra laborando en mi empresa desempeñando el cargo de Auxiliar de Soldadura desde Febrero del 2017 hasta la fecha.

Atentamente,



JUAN BAUTISTA HERREÑO OLIVEROS.
C.C No. 5.670.251 de Lebrija

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

UT IMPERMEABILIZACION

Nit. 901017299-8
Calle 55 # 18 A 20 Apto 401 Br Uribe Uribe
Teléfono 6226703 | Barrancabermeja (Sder) - Colombia

Cod 740

CERTIFICACION DE TRABAJO
DE CONFORMIDAD CON LA OBLIGACION 7ª DEL ARTICULO 57 DEL
CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO
UT IMPERMEABILIZACION
CERTIFICA

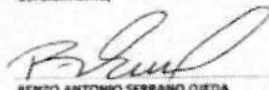
Que el Señor RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1096204338, prestó sus servicios a esta empresa con el cargo de OBRERO. Sus labores las desarrollo en la siguiente obra:

3002738"OBRAS DE IMPERMEABILIZACION DE CUBIERTAS Y FACHADAS LATERALES DE HOSPITAL ISMAEL DARIO RINCON Y POLICLINICA DE ECOPETRO S.A".

Fecha Ingreso: miércoles, 16 de noviembre de 2016
Fecha Retiro: viernes, 25 de noviembre de 2016
Cargo: OBRERO

Se expide en Barrancabermeja viernes, 25 de noviembre de 2016

Cordialmente,


RENZO ANTONIO SERRANO OJEDA
@ Representante Legal

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



Calle 303 N. 64-42
Telf. 2711117-6139507
E-mail: administracion@tfauditores.com
Bogotá - Colombia

CERTIFICACIÓN

T.F. Auditores y Asesores con Nit 800.235.267-0 certifica que **Carlos Eduardo Rodríguez López** identificado con C.C. No. **1.096.204.338 de Barrancabermeja (S/der.)**, prestó sus servicios en nuestra firma mediante contrato laboral por duración de obra ó labor contratada, como Auxiliar de Inventarios en desarrollo del contrato No. 5210717 de inventario de activos fijos con Ecopetrol; del 10 de julio al 27 de septiembre de 2014.

Se expide a solicitud del interesado a los veintidós (22) días del mes de octubre de dos mil quince (2015).

Cordialmente,

Clara Virginia Forero Rojas
Directora Administrativa y Financiera

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



CONSORCIO CM11

De Conformidad con el Artículo 57 Inciso 7 del Código Sustantivo del Trabajo

CERTIFICAMOS QUE

El señor: CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ identificado con la cédula de ciudadanía 1096204038, laboró en nuestra Empresa CONSORCIO CM11 con el NIT No. 900.436.408-3 para el contrato No. CR-GRB-12 cuyo objeto es "OBRAS DEMANTENIMIENTO Y MONTAJE DE EQUIPOS EN LAS UNIDADES CRACKING UOP II Y AZUFRE III DEL DEPARTAMENTO CRACKING II DE ECOPETROL UBICADAS EN LA REFINERIA BARRANCABERMEJA COLOMBIA", desde el 13 DE OCTUBRE DE 2013 hasta el 30 DE MAYO DE 2014.

A la terminación de su contrato se desempeñaba como: **AYUDANTE TECNICO DE SOLDADURA**

Motivo: Terminación Labor Contratada

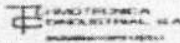
La presente se expide a solicitud del interesado en Barrancabermeja (Santander) el 08 DE JUNIO DE 2014.

Cordialmente,

JESUS GALEANO
Jefe de Recursos Humanos



HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ



CONSORCIO ITS

De Conformidad con el Artículo 57 Inciso 7 del Código Sustantivo del Trabajo

CERTIFICAMOS QUE

El Sr. RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.096.204.338 expedida en la ciudad de Barrancabermeja (Santander), laboro en nuestra Empresa CONSORCIO ITS con el Nit No. 900.124.314-5 para el contrato No. 4021798 cuyo objeto es "Ejecución de la Construcción, Incluyendo las Compras y Suministro de Equipos y Materiales diferentes a los suministrados por ECOPETROL S.A., el Montaje, Preadjustamiento, Alistamiento, la Puesta en Marcha y la Pruebas de Aceptación y Comprobación de Garantías requeridas para la instalación de las Plantas y Facilidades que conforman el Área 1 del Proyecto de Hidrotratamiento de Combustibles de la Gerencia Refinería Barrancabermeja (HDT-GRB)", desde el 03 de Marzo de 2008 hasta el 08 de Octubre de 2008.

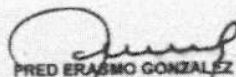
A la terminación de su contrato se desempeñaba como: AYUDANTE TECNICO.

Motivo del retiro: TERMINACIÓN LABOR CONTRATADA

La presente se expide en Barrancabermeja (Santander) el 15 de Octubre de 2008.

Cordialmente,

CONSORCIO ITS


FRED ERASMO GONZALEZ PRIETO
Director Administrativo
C.A. 1994 de 1994



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:54 AM horas del 25/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1096204338**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



O.P. 339304 09/21



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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

SOPORTE DE NOVEDADES

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2



CÓDIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE			
RODRIGUEZ				LOPEZ				CARLOS				EDUARDO			
2. TIPO DOCUMENTO	R.C.	T.I.	✓	C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1096204338	4. SEXO	F	✓	5. FECHA NACIMIENTO
															24/10/1990

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO	
BARRANCABERMEJA		SANTANDER			
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		CÓDIGO IPS	
3005095036					

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		36. Tipo documento de identidad		37. Número documento de identidad		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
WILVER FRANCINY RUSSY LADINO		✓		80212380			
4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO			
CALLE 8F 79 94		BOGOTA		BOGOTA			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO			
4111513							
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		CARGO		SALARIO			
26/10/2023		AYUDANTE		1160000			

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio	
--	--	---	--

HOJA DE VIDA
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CARTA DE CIUDADANÍA

IDENTIFICACION 1.096.204.338

RODRIGUEZ LOPEZ

APellidos

CARLOS EDUARDO

Nombres

Carlos



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1990

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G.D. SEXO

25-MAR-2008 BARRANCABERMEJA

FECHA Y LUGAR DE EMISIÓN

REGISTRADO POR: [Signature]
Jefe de Oficina de Registro Civil



A: 0701990-00947000 M: 1096204338 D: 01/09/00 0057610504 1 3412141576

Medellín, 25 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 RUSSY LADINO WILVER FRANCINY.

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 %
C1096204338	RODRIGUEZ LOPEZ CARLOS EDUARDO	26/05/2023		s227213R	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 25/05/2023 16:39:35 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

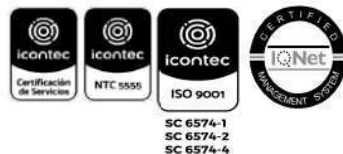
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.24, 172.16.42.57



CAFABA
Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja
NIT. 890.270.275-5

**#PATRIMONIO
BARRANQUEÑOS**



EL ÁREA DE APORTES Y SUBSIDIO DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA - CAFABA

CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ, Identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1096204338, se encuentra registrado(a) en nuestra base de datos como trabajador(a) con estado de afiliación ACTIVO, gozando de nuestros servicios.

Actualmente el(la) trabajador(a) se encuentra registrado(a) por la empresa RUSSY LADINO WILVER FRANCINY de NIT 80212380 desde el viernes 26 de mayo de 2023 con un salario de \$ 1,160,000.

Se expide en Barrancabermeja a solicitud de la empresa el día 05 de junio de 2023.

Cordialmente,

ANA DE JESUS ALVAREZ PUERTA
Coordinadora de Aportes y Subsidio (e)

"SI ESTE CERTIFICADO PRESENTA ALGUNA INCONSISTENCIA, POR FAVOR COMUNICARSE AL NÚMERO 3187288374"



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 223765031



WEB
11:22:25
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 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 EDUARDO RODRIGUEZ LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1096204338:

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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 jueves 25 de mayo de 2023, a las 11:11:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

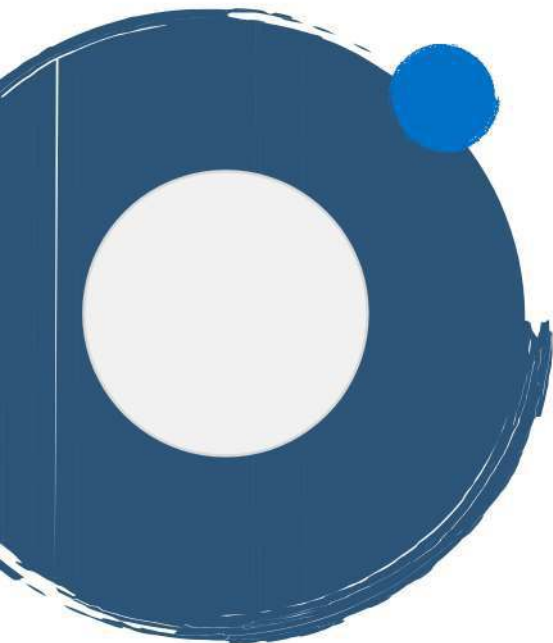
Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1096204338
Código de Verificación	109620433823052511152

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.



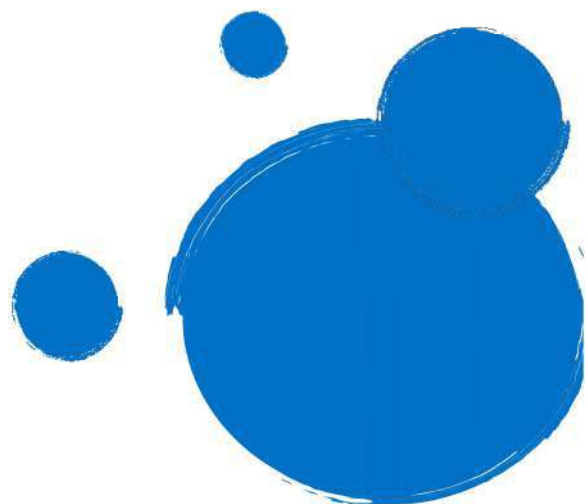
YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



HOJA DE VIDA

Datos Personales

NOMBRE	DOMINGO MORA CARVAJALINO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	13.568.501
FECHA DE NACIMIENTO	14 DE JUNIO DE 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	SAN PABLO
DIRECCION	Cra. 36c # 56-124
PRIMERO DE MAYO	
CIUDAD	BARRANCABERMEJA
TELEFONO	3223554883
Email:	limalver@gmail.com
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE



Experiencia Laboral

De 3 a 4 años

David Puerta.

Cel. 3203826623

**Luis Carlos Paipa
Villamizar**

Fecha Inicio: 12/06/2022

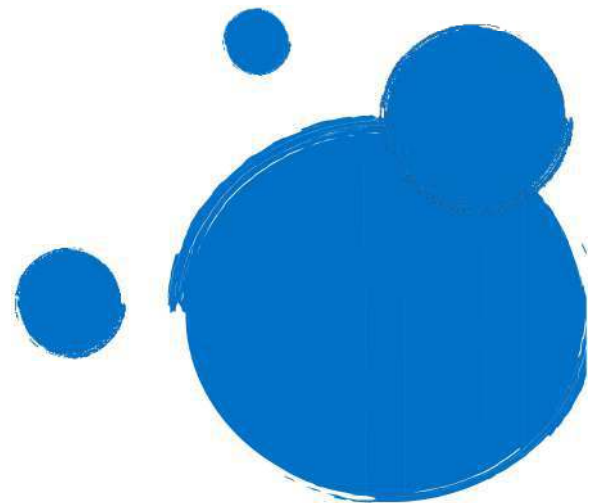
Fecha Finalización: 14/02/2023

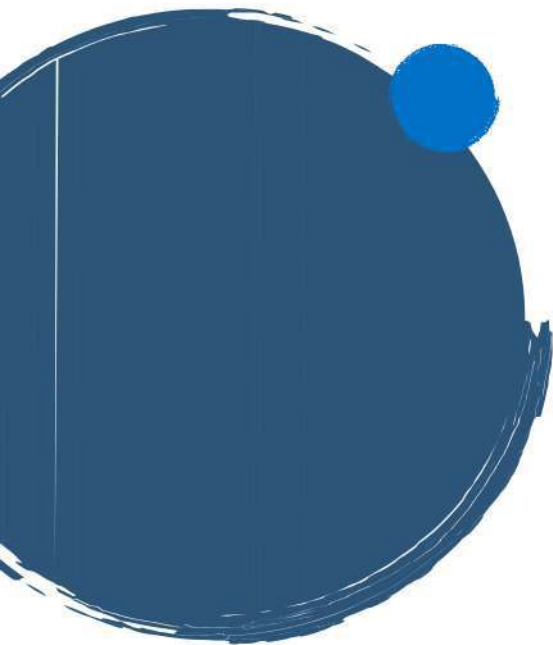
Cargo: Ayudante de obra.

EXPERENCIA ACADEMICA

Instituto tecnico en comunicacion, Barrancabermeja
11º

Instituto tecnico en comunicacion, Barrancabermeja
Primaria
5º





Referencias Personales

Lina Maria Alvarez
cel.3187963588

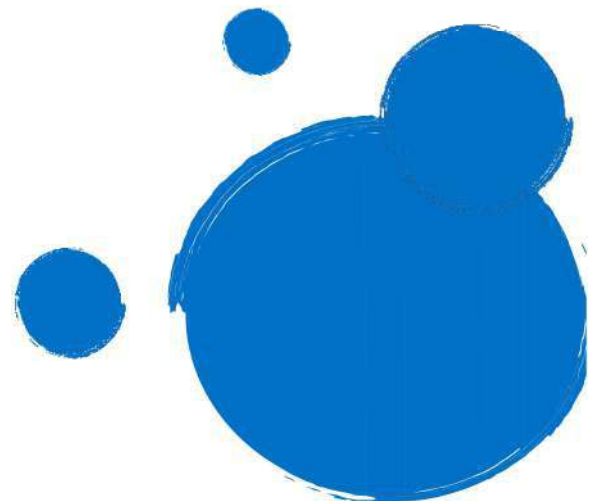
Yenny lizarazo
Cel. 3007656064

Referencias Familiares

Luis alfredo Pérez
Cel. 3188245092

Etelvina carvajalino
Cel. 3144244003

*Domingo mora carvajalino
Cc 13.568.501 de Barrancabermeja*



LUIS CARLOS PAIPA VILLAMIZAR
NIT. 91442124-2.

CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL
CRA 32 CLLE 48 LOTE 13 MANANTIAL DE PALMIRA

CERTIFICAMOS:

Por medio de la presente que el señor **DOMINGO MORA CARVAJALINO**, identificada con cedula ciudadanía No 13.568.501 expedida en BARRANCABERMEJA. Laboro como obrero de construcción desde el 12 junio de 2022 al 14 febrero de 2023.

Demostrando honestidad, eficiencia y responsabilidad en las labores encomendadas.

Para mayor constancia se firma en Barrancabermeja, a los días 15 del mes de febrero del año 2023.

Atentamente



LUIS CARLOS PAIPA VILLAMIZAR
Cel. 3102406142





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 224421504



WEB

15:17:39

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de junio 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) DOMINGO MORA CARVAJALINO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 13568501:

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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1984
SAN PABLO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-JUN-2002 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2701900-00264210-M-0013568501-20101108 0024710613A 1 7151023586

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.568.501
MORA CARVAJALINO

APELLIDOS
DOMINGO

NOMBRES






**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:

DOMINGO MORA CARVAJALINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.568.501**, 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:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 03 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 WILVER RUSSY LADINO, 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
C13568501	MORA CARVAJALINO DOMINGO	05/06/2023		R1352133	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: C802123802315445759

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/06/2023 12:42:39.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.32, 172.16.42.57

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia									
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen
CC	13568501	DOMINGO	MORA CARVAJALINO	2020-04-01	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	CR 12 # 60 - 73	6474747	C

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
80212380	WILVER FRANCINY RUSSY LADINO	N	A	05/06/2023

La anterior certificación se expide y firma, a los 7 días del mes de Junio de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta los 7 días del mes de Julio de 2023

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

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 viernes 02 de junio de 2023, a las 15:15:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	13568501
Código de Verificación	13568501230602151513

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:18:10 PM horas del 02/06/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **13568501**

Apellidos y Nombres: **MORA CARVAJALINO DOMINGO**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





173277573

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐		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 Primer Apellido: Reyes Segundo Apellido: Serrano Primer Nombre: Elkin Segundo Nombre: Fernando			
7. Tipo de documento de identidad CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☒ PA ☐ SC ☐	8. Número del documento de identidad 1096218748	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 09/11/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Surq		16. Administradora de Pensiones	
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.160.000		18. Residencia Dirección: crq 34 # 37A - 21	
Teléfono Celular 3114845281		Correo Electrónico elkinreyes1014@gmail.com	
Municipio / Distrito Barrancabermeja	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Santa Barbara	Departamento Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:		20. Tipo de documento de identidad CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐	
21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	
23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A		24. Tipo de documento de identidad CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

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

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo 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
----------	----------	----------	----------

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 Wilker Francisco Riosy Ladrino	36. Tipo documento de identificación NIT ☒ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐	37. Número del documento de identificación 80212380	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección en la 8 f f 79 - 94		Teléfono Fijo 4115513	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito Bogotá	Departamento Bogotá

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 <input type="text"/> ☐ 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 CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐		Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐
Fecha de nacimiento D D M M A A A A		42. Fecha 26 05 2023	
43. EPS anterior Sanitas Activo		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	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 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 <input type="text"/> CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ TOTAL <input type="text"/> ☐ 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: <input type="text"/> Código del Departamento: <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/>		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: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/>		Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>			

Tipo de documento <input type="text"/>	Número de documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del Funcionario EPS Sanitas RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 25 MAY 2023 Diego Alba
Observaciones: Cot,		
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 Diego Alba Leiza C.C. 91522675	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS **E.P.S. Sanitas** Organización Sanitas Internacional NT. 800.251.440-9 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Fecha de Radicación

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación ☐	2. Tipo de Afiliación	- Cotizante o Cabeza de Familia ☒	B. Colectiva ☐	D. De Oficio ☐	3. Régimen	A. Contributivo ☒
	B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual	- Beneficiario o Afiliado adicional ☐	C. Institucional ☐		B. Subsidado ☐	
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	Reyes	Serrano	Ekin	Fernando
Primer apellido		Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1096218748	9. Sexo
				Femenino ☐ Masculino ☒
				10. Fecha de nacimiento
				09/11/1992

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
		Tipo ☐ Condición ☐		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	
Surta		Proteccion	1160000	
18. Residencia		Teléfono Celular		Correo Electrónico
Cra 34 #37 A - 21		3114845281		dkmreyes1014@gmail.com
Municipio / Distrito		Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Barrancabermeja		Urbana ☒ Rural ☐	Santa Barbara	Santander

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 ☐		

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
		Femenino ☐ Masculino ☐		
B1				
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 E.P.S.)
	Urbana ☐ Rural ☐			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Univer Franciny Rossy Lelino	CC	80212380	
39. Ubicación	40. Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico
Calle 8f #19-94	4111513	hsegaurussingruieros.com	
Municipio / Distrito	Departamento		
Boyota	Boyota		

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
- Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		Fecha de Radicación	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		42. Fecha 26/05/2023	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☐ 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
- Cantidad CN RC TI CC CE PA 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 unión marital
- ☐ 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- ☐ 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- ☐ 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de Radicación <input type="text"/>		69. Fecha de Validación <input type="text"/>	
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>		Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

Sello de radicación

Sticker procesamiento

C.C. No.

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