COLEGIO ENTRENUBES SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTRENUBES SEDE A

COMPONENTE OBRA



1, Demolición de placa de borde de concreto



2, Demolición de placa de borde de concreto



3. Demolición de placa de borde de concreto







COLEGIO ENTRENUBES SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

	DD	MM	AÑO
	15	7	2023

MENSUAL No.	DEL DD	DEL MM	DEL AÑO	AL DD	AL MM	AL AÑO
6	12	6	2023	12	7	2023

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTRENUBES SEDE A

4, Demolición de placa de borde de concreto



5, Cambio de tubería de agua potable que estaba en mal estado y presentaba fuga de agua



6. Excavación de relleno existente en zona de borde de placa de concreto que se demolio, ubicada al costado sur



7, Retiro de material RCD



8, Cimiento para malla conta impacto de cancha



9, Aplicación de solado o concreto pobre en base de cimiento ciclopeo a realizar en borde del costado sur de la cancha



COLEGIO ENTRENUBES SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTRENUBES SEDE A



10. Acopio de material de cimiento ciclopeo



11, Construcción de cimiento ciclopeo



12, Acopio de material de cimiento ciclopeo

JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023
							DD	MM	AÑO
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

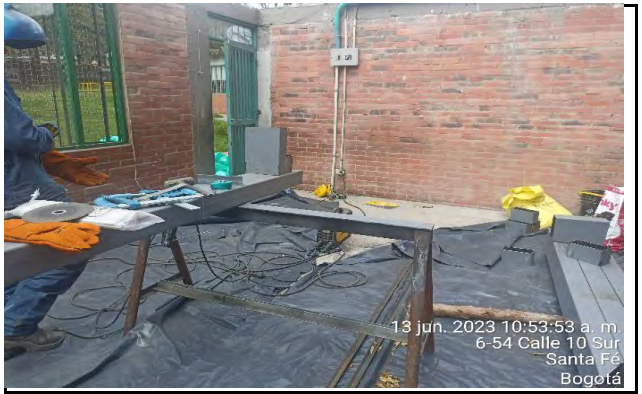
COMPONENTE OBRA



1, Demolición de teja de asbesto cemento



2,Demolición de teja de asbesto cemento



3. Regatas para tubería de agua potable según nueva distribución de baños







JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO
							15	7	2023
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

4, Demolición de teja de asbesto cemento



5, Construcción de estructura metálica de cubierta



6. Demolición, excavación y armadura en hierro de dados en concreto



7, Construcción de estructura metálica de cubierta



8, Compactación de recebo de baño



9, :Construcción de estructura metalica de cubierta



JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSE FELIX RESTREPO SEDE C



10. Pañete de muros de baño



11, Pruebas de tintas a estructura metálica de cubierta de aula 06



12, Pruebas de tintas a estructura metálica de cubierta de aula 06

JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSE FELIX RESTREPO SEDE C



13, Demolición de enchape de baño de aula 07



14. Construcción de estructura metalica de cubierta



15, Pruebas de tintas a estructura metálica de cubierta de aula 07







JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

COMPONENTE OBRA



1, Desinstalación de alfombra y juego infantil



2, Demolición de placa de contrapiso en concreto



3. Demolición de placa de contrapiso en concreto







JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

4, Demolición de placa de contrapiso en concreto



5, Demolición de placa que se encontro debajo de la existente



6. Excavación de relleno



7, Terreno en mal estado debido a humedad y/o filtración



8, Terreno en mal estado debido a humedad y/o filtración



9, Construcción de caja de inspección



JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023
							DD	MM	AÑO
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B



10.Construcción de caja de inspección



11, Mejoramiento de relleno con rajon, en área donde el suelo estaba en mal estado



12, Terreno en mal estado debido a humedad y/o filtración

LOS ALPES SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023
							DD	MM	AÑO
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICOLOS ALPES SEDE C

COMPONENTE OBRA



1, Demolición de muro de mamposteria



2, Demolición de teja de asbesto cemento



3. Pañete de vanos que se hicieron nuevos para ventilación de aulas







LOS ALPES SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICOLOS ALPES SEDE C

4, Demolición de muro de mamposteria



5,Pañete de filos de vanos para rejillas de ventilación



6. Se realizó el resane y pañete de muro donde se demolio



7, Rampa en área donde se hizo demolición de muro, debido a que hay un cambio de nivel de 8 cm



8, Montaje de estructura de cubierta de hall de acceso principal



9, Resane de muros



LOS ALPES SEDE C

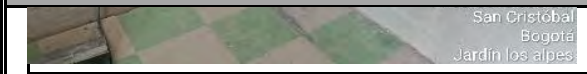
INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023
							DD	MM	AÑO
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

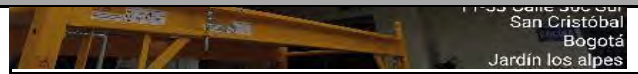
REGISTRO FOTOGRÁFICOLOS ALPES SEDE C



10. Impermeabilización de muro en zona baja



11, Demolición de viga de amarre de muro que se demolio .



12, Aplicación de soldadura de estructura de cubierta de hall de acceso principal

LOS ALPES SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							15	7	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	12	7	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICOLOS ALPES SEDE C



13, Pintura de muros



14. Instalación de lamparas



15, Rampa en granito pulido

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS

COMPONENTE OBRA



1, Pintura de muros en superboard para divisiones de oficina. Colegio Gloria Valencia de Castaño.



2, : Instalación de vidrios para divisiones de oficina. Colegio Gloria Valencia de Castaño.



3. Suministro de Switches red de datos. Colegio Gloria Valencia de Castaño.







EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



7, : Instalación de baranda. Colegio San Isidro Sur Oriental - Sede A.



8, Suministro de salida para luminaria. Colegio La Belleza - Sede A.



9, Atención emergencia mantenimiento de cubierta. Colegio Gran Colombia







EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



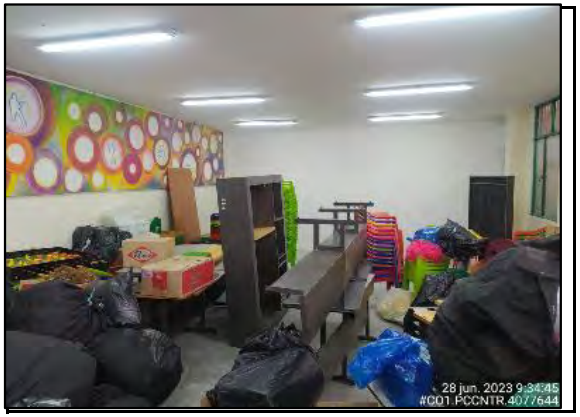
13, Instalación de rejas para ventanas piso 1 bloque bachillerato. Colegio Moralba - Sede A



14. Instalación de rejas para ventanas piso 1 bloque bachillerato. Colegio Moralba - Sede A



15, Culminación de actividades en adecuación de cuarto de residuos (shut basuras). Colegio La Belleza - Sede A.







EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS

16, Se suscribe acta de entrega de actividades iniciales. Colegio Vitelma.



17, Pintura en muros de baño. Colegio Vitelma.



18, Extracción de agua de tanque de almacenamiento de agua potable, mediante motobomba. Colegio El Rodeo - Sede A



19, Instalación de cinta flanche. Colegio Vitelma.



20, Cambio de árbol en sanitarios baño profesores. Colegio Vitelma.



21, Instalación de cerramiento. Colegio La Victoria - Sede B.



EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS

22, Retoque de pintura en pasamanos de baranda. Colegio San Isidro Sur Oriental - Sede A.



23, Instalación de H policarbonato en cubierta de cafetería. Colegio San Isidro Sur Oriental - Sede A.



24, Se realiza instalación de platinas en estructura de cubierta. Colegio Rafael Nuñez - Sede A.



25, Desmonte de cubierta. Colegio Rafael Nuñez - Sede A.



26,Demolición de baño de profesores. Colegio Juan Rey - Sede A.



27, Atención a emergencia, construcción aulas prefabricadas. Colegio Alpes - Sede A.



EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

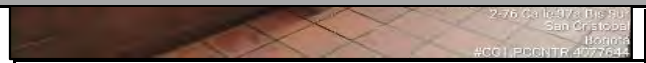
REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



28, Suscripción acta de entrega instalación de rejas para ventanas piso 1 bloque bachillerato



29, Demolición de pañete en muros de tanque de almacenamiento de agua potable



30, Se suscribe acta de entrega para cerramiento. Colegio La Victoria - Sede B.

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

15	7	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	6	DEL	12	6	2023	AL	13	7	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



31, Se culmina desmonte de cubierta ala sur. Colegio Rafael Nuñez - Sede A.



32,Se culmina desmonte de cubierta ala sur. Colegio Rafael Nuñez - Sede A.



33, Se realiza pañete sobre muro e instalación de canal. Colegio Rafael Nuñez - Sede A







Anexo TEC-14– Certificado de Materiales

EMULSIÓN ASFÁLTICA EMULTEXSA

CO03116-V1-15/Feb/15

DEFINICIÓN:

Impermeabilizante asfáltico tipo económico para impermeabilización en frio. - Emulsión asfáltica, fibrosa y polimérica con base agua, para impermeabilizaciones en frío (temperatura ambiente), o para imprimar superficies previa instalación de sistemas asfálticos.

USOS Y PROPIEDADES

- Sistema de impermeabilización en frio con refuerzos dimensionales; para superficies de madera, mortero o concreto.
- Imprimante (Primer) para sistemas asfálticos. Se debe mezclar 1:3 con agua hasta obtener un producto homogéneo.
- Sella poros y capilares en superficies rugosas como el concreto
- Para impermeabilización y protección de culatas en todo tipo de edificaciones.
- Como impermeabilización de fachadas, previa instalación de sistemas flotantes
- Emulsión asfáltica base agua con fibras seleccionadas y con polímeros especiales.
- No emana vapores tóxicos al aplicarse
- Alta flexibilidad y gran adherencia por sus asfaltos encauchetados y su refuerzo en fibras.
- Mayor contenido por unidad de empaque y mayor rendimiento por Kg.

PRESENTACIÓN:

1 galón (4 Kg), 2,5 galones (10Kg),1 Caneca (22 Kg), y 1 Tambor (200 Kg).

RENDIMIENTO:

Como Impermeabilizante: 7 - 9 m^2/Gal/Capa. Aproximadamente dependiendo de la rugosidad de la superficie y del espesor de la capa aplicada
Como Imprimación (dilución 1:3): 20 - 25 m^2 dependiendo de la rugosidad y porosidad de la superficie

MODO DE EMPLEO: (Ver condiciones de soporte)

- Homogenizar el producto antes y durante su aplicación.
- **Como imprimante (dilución 1:3):** Aplicar la dilución del producto con trapero o escoba de cerdas suaves, extendiéndolo uniformemente sobre la superficie y por etapas hasta completar paulatinamente toda el área.
- **Como sistema en frio**: Aplicar directamente el producto con brocha, haragán o llana dentada extendiéndolo uniformemente sobre la superficie hasta completar toda el área. Para mayor duración, deberá colocarse con refuerzos dimensionales (Fibra de Vidrio Texsa o Texsapol) y se deberá proteger con pintura bituminosa de aluminio Texsalum.
- **Para Impermeabilizaciones nuevas** (Como sistema de impermeabilización en frio) Aplique una capa pura de EMULTEXSA y extienda una tela de refuerzo (Fibra de Vidrio ó Fibra Poliéster), asegurando que no queden bolsas de aire o, arrugas y que quede totalmente adherida deje secar (Aprox. 2 hrs), Luego aplique la segunda capa pura de EMULTEXSA y extienda la tela de refuerzo, deje secar (Aprox. 2 hrs). Aplique una tercera capa pura de EMULTEXSA, deje secar (Aprox. 8 días), proteja la impermeabilización de los rayos UV con una capa de TEXSALUM. Para superficies porosas se recomienda imprimar previamente.
- **Para reparaciones y reparcheos** Retirar en su totalidad el sistema de impermeabilización hasta llegar al sustrato, y aplicar el producto siguiendo las indicaciones del punto anterior.
- **Para mantenimiento preventivo del sistema de impermeabilización en frio**. Cada 18 meses aplique una capa pura de EMULTEXSA, deje secar (Aprox. 8 días), proteja la impermeabilización de los rayos UV con una capa de TEXSALUM. Si el sistema se observa craquelado o de laminado considere una reimpermeabilziación genera siguiendo las indicaciones para impermeabilizaciones nuevas.
- Para áreas que estarán sometidas a tráfico peatonal, proteja la impermeabilización con un mortero reforzado o con el uso de prefabricados, asilando la impermeabilización con TELA ASFÁLTICA TEXSA para evitar daños por afectación mecánica.

VENTAJAS:

- Económica.
- Fácil de aplicar, libre de solventes
- Optima resistencia a la intemperie y los cambios de temperatura.
- Excelente poder de adherencia y elasticidad incluso sobre superficies ligeramente húmedas.
- No necesita calentarse.
- No emana vapores tóxicos al aplicarse.
- No contiene disolventes.

ALMACENAMIENTO:

- El producto debe estar protegido de la intemperie y en su envase original (Un año en estantería). Una vez abierto el envase consumir el producto completamente.

PRECAUCIONES:

- En contacto con los ojos, se deberá lavar con abundante agua limpia durante 10 minutos y acudir de inmediato al médico.
- En contacto con la piel, antes de secarse el producto se debe lavar con agua y jabón. Conservar precauciones de higiene.
- Manténgase fuera del alcance de los niños.

TEXSA se reserva el derecho de modificar la información de este documento sin previo aviso y niega toda responsabilidad en caso de irregularidades causadas por el uso incorrecto del producto. Los valores reflejados en la presente ficha técnica corresponden a valores medios obtenidos a partir de pruebas realizadas en ambiente controlado..

YATO(HK) HOLDINGS LIMITED

MANUFACTURER'S TEST CERTIFICATE

EN10204 3.1

CUSTOMER:
LA CAMPANA SERVICIOS DE ACERO SA
ADDRESS: AUTOPISTA MEDELLIN KM 2.7 SEGUNDO RETORNO VIA SIBERIA, BOGOTA, BODEGA 3 COTA-CUDINAMARCA, COLOMBIA NIT: 860.056.971-8

INVOICE NO. & DATE: YFS-11254 Date:2022-08-19

DESCRIPTION OF GOODS:

Hollow Sections ASTM A500 Gr. B / Gr. C (China steel grade Q235)

SPECIFICATIONS					QUALITYS									
								CHEMICAL ANALISIS(%)				MECHANICALANALISIS		
NO.	SIZE		WT (mm)	LENGTH (m)	PCS	WEIGHT (MT)	Heat No.	C	Mn	P	S	TENSION TEST		YIELD POINT (Mpa)
	mm	mm										TENSILE STRENGTH (N/mm2)	ELONGATION(%)	
1	120	120	2,5	6	96	5,35	G2294399	0,16	0,44	0,022	0,03	416	34,5	327
2	50	50	3	6	320	8,64	G2294647	0,15	0,43	0,024	0,031	464	30,5	331
3	100	100	3	6	300	16,58	G7854205	0,16	0,42	0,022	0,03	456	31,5	324
4	120	120	3	6	160	10,65	X0551293	0,15	0,45	0,017	0,032	405	34,5	330
5	150	150	3	6	126	10,52	X0513812	0,15	0,43	0,022	0,03	415	34,5	328
6	100	100	4	6	225	16,44	X04-13971	0,16	0,44	0,022	0,03	412	30,5	331
7	120	120	4	6	96	8,46	G20489884	0,15	0,46	0,019	0,032	474	30	369
8	150	150	4	6	189	20,93	G20407122	0,16	0,44	0,023	0,03	427	34,5	326
9	200	200	4	6	68	10,09	G20415680	0,16	0,44	0,023	0,03	405	34,5	330
10	150	150	4,5	6	81	10,07	G20489824	0,15	0,43	0,022	0,03	415	34,5	328
11	200	200	4,5	6	72	12,00	X0213157	0,16	0,44	0,022	0,03	435	30,5	333
12	100	100	6	6	75	8,09	G2205893	0,16	0,44	0,022	0,03	464	30,5	331
13	150	150	6	6	63	10,35	G2205845	0,16	0,44	0,023	0,03	406	32	334
14	200	200	6	6	56	12,37	G7846156	0,15	0,44	0,022	0,032	415	31,5	328
15	200	200	8	6	36	10,52	X0213096	0,15	0,43	0,024	0,031	415	33	328
16	250	250	8	6	28	10,29	X0315495	0,16	0,42	0,025	0,03	467	30,5	331
17	100	50	2,5	6	608	20,94	G20588489	0,15	0,45	0,018	0,032	474	31	323
18	120	60	2,5	6	364	15,11	G7841267	0,15	0,43	0,022	0,031	421	32,5	326
19	150	50	2,5	6	192	8,87	G20837736	0,16	0,44	0,022	0,03	405	31,5	332
20	200	100	2,5	6	120	8,37	G20893761	0,15	0,43	0,024	0,031	415	34,5	328
21	100	50	3	6	128	5,26	G20774952	0,16	0,42	0,022	0,03	462	30,5	331
22	120	60	3	6	168	8,34	X21427771	0,15	0,45	0,017	0,032	456	31,5	325
23	150	50	3	6	168	9,28	G7841269	0,15	0,43	0,022	0,03	416	34,5	327
24	200	70	3	6	108	8,11	G20837738	0,16	0,44	0,022	0,03	464	30,5	331
25	200	100	3	6	184	15,37	G20893769	0,15	0,46	0,019	0,032	456	31,5	324
26	250	100	3	6	88	8,60	X0513819	0,16	0,44	0,023	0,03	405	34,5	330
27	150	100	4	6	96	8,82	X04-13978	0,15	0,43	0,022	0,03	415	34,5	328
28	200	70	4	6	60	5,97	G20489895	0,16	0,42	0,025	0,03	412	30,5	331
29	200	100	4	6	96	10,63	X207107670	0,15	0,42	0,018	0,032	474	30	369
30	150	50	4,5	6	72	5,89	X207107681	0,15	0,43	0,022	0,031	427	34,5	326
31	150	100	4,5	6	84	8,66	X207107693	0,16	0,43	0,022	0,03	464	29	372
32	200	70	4,5	6	48	5,35	G20407964	0,15	0,43	0,022	0,03	451	30	375
TOTAL					4575	334,92								

ROUND black steel pipes oiled

SPECIFICATIONS					QUALITYS									
								CHEMICAL ANALISIS(%)				MECHANICALANALISIS		
NO.	SIZE		WT (mm)	LENGTH (m)	PCS	WEIGHT (MT)	Heat No.	C	Mn	P	S	TENSION TEST		YIELD POINT (Mpa)
	INCH	mm										TENSILE STRENGTH (N/mm2)	ELONGATION(%)	
33	3	88,9	3	6	222	8,47	G20407233	0,16	0,43	0,017	0,031	457	31,5	326
34	4	114,3	3	6	171	8,45	X207108015	0,15	0,44	0,02	0,03	416	31	325
TOTAL					393	16,92								

ROUND Galvanized steel pipes Z180

SPECIFICATIONS					QUALITYS									
								CHEMICAL ANALISIS(%)				MECHANICALANALISIS		
NO.	SIZE		WT (mm)	LENGTH (m)	PCS	WEIGHT (MT)	Heat No.	C	Mn	P	S	TENSION TEST		YIELD POINT (Mpa)
	INCH	mm										TENSILE STRENGTH (N/mm2)	ELONGATION(%)	
35	11/2	48,3	2,5	6	610	10,65	G20407245	0,15	0,45	0,017	0,032	459	32	328
36	2	60,3	2,9	6	333	8,45	G20407256	0,16	0,43	0,017	0,031	457	31,5	326
37	3	88,9	2,9	6	222	8,44	G20407233	0,15	0,44	0,02	0,03	418	31	325
38	4	114,3	2,9	6	171	8,42	G20407241	0,16	0,43	0,017	0,031	457	31,5	326
39	11/2	48,3	2,9	6	549	11,03	X207107905	0,15	0,44	0,02	0,03	416	31	325
TOTAL					1885	46,99								

GRAND TOTAL QANTITY:398.83MT

WE HEREBY CERTIFY THAT THE MATERIALHEREIN HAS BEEN TESTED IN ACCORDANCE WITH ABOVE SPECIFICATIONSAND THE RESULTS OF ALL TESTS ARE ACCEPTABLE.

Shipping Mark:
blue

<Signature>

For and on behalf of
YATO (HK) HOLDINGS LIMITED
亞拓(香港)控股有限公司
Authorized Signature(s)

Ficha técnica de producto
Malla Electrosoldada GG Diaco



Características dimensionales Masa y Forma

Ref.	Nº de Barras por malla		Diámetro		Separación		Longitud pelos		Peso	Cuantía principal
	long	transv	long	transv	long	transv	long	transv		Nominal
	6.00m	2.35m	mm	mm	mm	mm	mm	mm	kg	cm²/m-lineal
XY Mallas electrosoldadas GG Diaco con refuerzo principal en una dirección (Panel 6,00 x 2,35m)										
XY-084	16	24	4,0	4,0	150	250	125	50	15,1	0,84
XY-106	16	24	4,5	4,0	150	250	125	50	17,6	1,06
XY-131	16	24	5,0	4,0	150	250	125	50	20,4	1,31
XY-158	16	24	5,5	4,0	150	250	125	50	23,5	1,58
XY-221	16	24	6,5	4,0	150	250	125	50	30,6	2,21
XY-257	16	24	7,0	5,0	150	250	125	50	37,7	2,57
XY-335	16	24	8,0	5,0	150	250	125	50	46,6	3,35
XY-378	16	24	8,5	5,0	150	250	125	50	51,5	3,78
XX Mallas electrosoldadas GG Diaco con refuerzo principal en dos direcciones (Panel 6,00 x 2,35m)										
XX-050	10	24	4,0	4,0	250	250	125	50	11,5	0,50
XX-063	12	30	4,0	4,0	200	200	100	75	14,1	0,63
XX-084	16	40	4,0	4,0	150	150	75	50	18,8	0,84
XX-106	16	40	4,5	4,5	150	150	75	50	23,8	1,06
XX-131	16	40	5,0	5,0	150	150	75	50	29,3	1,31
XX-159	16	40	5,5	5,5	150	150	75	50	35,5	1,59
XX-188	16	40	6,0	6,0	150	150	75	50	42,2	1,88
XX-221	16	40	6,5	6,5	150	150	75	50	49,6	2,21
XX-257	16	40	7,0	7,0	150	150	75	50	57,4	2,57
XX-295	16	40	7,5	7,5	150	150	75	50	65,9	2,95
XX-335	16	40	8,0	8,0	150	150	75	50	75,1	3,35
XX-378	16	40	8,5	8,5	150	150	75	50	84,7	3,78
POP-Mallas electrosoldadas GG Diaco (panel 2,00 x 3,00)										
POP-050	8	12	4,0	4,0	250	250	125	50	4,8	0,50
POP-063	10	15	4,0	4,0	200	200	100	75	5,9	0,63
POP-084	14	20	4,0	4,0	150	150	75	50	8,1	0,84

Normatividad

Norma NTC 5806 - Resolución 0277 de 2015.

Propiedades mecánicas

	Esfuerzo cortante en la soldadura (mín.)	Resistencia a la Fluencia (mín)	Resistencia a la Tracción (mín)
Grafil menor ⩾ 5,5mm	241 MPa	485 MPa	550 MPa
Grafil menor < 5,5mm	121 MPa		

Marcación

Los grafiles poseen marcación en alto relieve de acuerdo a la Norma NTC 5806. Cada grafil debe ir marcado con su número de designación.



Identificación

La etiqueta se ubica en el primer cuadrado de la esquina derecha, parte longitudinal de la malla en un paquete de 20 mallas. Debe contener todos los datos requeridos.

La etiqueta aplicada al producto debe contener la siguiente información (las etiquetas pueden ser diligenciadas de manera manual):

- Nombre del fabricante
- Medida
- Norma bajo la cual se fabricó el producto
- Número de Colada o lote.
- Longitud
- Número de paquete.
- Número de Unidades
- Fecha de fabricación
- Sellos ICONTEC
- País de origen (Hecho en Colombia)



GERDAU DIACO

www.gerdau.com.co



Ficha Técnica de Producto
Malla Electrosoldada GG Diaco

Reporte de ensayos

Los resultados de los ensayos de alambre grafilado en barra y rollo son suministradas a través de reportes de ensayo por cada colada o lote, el cual es emitido para cada despacho y contiene la siguiente información: composición química, propiedades mecánicas y resistencia al corte de la soldadura y características geométricas.

Normas de seguridad, calidad y medio ambiente

El ser humano en su integridad, es un valor que está por encima de los demás objetivos y prioridades de la empresa. Ninguna situación de emergencia, producción o resultados puede justificar la falta de seguridad de las personas, la protección del medio ambiente y la calidad de los productos y servicios.

Recomendaciones para la manipulación de producto terminado	
Medio Ambiente	Los residuos metálicos (despuntes, ganchos, amarres) deben disponerse como material ferroso (reciclable).
	La etiqueta es material reciclable, se debe destruir y disponer como PVC.
Seguridad	Manipular el material metálico con guantes, riesgos de cortadura.
	No superar la carga por persona de 25 kg, riesgos ergonómicos.
	Los paquetes de barras deben manejarse y manipularse con el equipo apropiado (puentes grúas, eslingas y cables certificados para el izaje de los paquetes).
	Las pilas de productos se deben conformar de forma segura, garantizando estabilidad sin que se presenten riesgos de volcamiento.
	No se deben izar los atados o paquetes de productos tomando de apoyo los amarres de fijación.
Calidad	Almacenar el producto en áreas cubiertas, riesgo de corrosión.
	Mantener la etiqueta de identificación hasta que se realice la última comercialización o utilización del paquete.



www.lacampana.co

tubería negra hot rolled

tubería fabricada en acero laminado en caliente, con bajo contenido de carbono, de acuerdo con la norma ASTM A1011, garantizando muy buenas propiedades mecánicas y de alta soldabilidad. se elaboran en diferentes espesores y con una longitud estándar de 6 metros.

la campana®

ficha técnica / tubería negra hot rolled

referencia tubo agua negra	espesores 1,10mm	1,50mm	2,30mm	2,50mm	3,00mm	und. / empaque
1/2"	4,30kg	-	-	-	-	127
3/4"	-	5,80kg	8,07kg	8,91kg	-	91
1"	-	7,02kg	10,32kg	11,07kg	-	61
1 1/4"	-	9,51kg	13,01kg	14,95kg	17,17kg	37
1 1/2"	-	10,22kg	15,64kg	17,02kg	20,26kg	37
2"	-	13,41kg	19,51kg	21,49kg	24,53kg	37
2 1/2"	-	16,01kg	23,99kg	26,18kg	30,08kg	19

referencia tubo cerramiento rectangular	espesores 1,20mm	1,50mm	2,00mm	2,50mm	und. / empaque
38 X 76mm	12,72kg	16,07kg	21,04kg	-	50
38 X 100mm	15,22kg	19,12kg	26,20kg	31,58kg	50
120 X 60mm	-	-	33,50kg	-	50

referencia tubo cerramiento cuadrado	espesores 1,20mm	1,50mm	2,00mm	und. / empaque
1"	5,34kg	6,94kg	-	100
1 1/2"	8,42kg	10,37kg	13,84kg	100

referencia tubo cerramiento redondo galvanizado	espesores 1,20mm	1,50mm	1,90mm	und. / empaque
1"	5,68kg	-	-	61
1 1/2"	8,42kg	9,85kg	13,12kg	37
2"	10,36kg	13,18kg	16,25kg	37

acero utilizado para fabricación

internacional	ASTM A36	ASTM A1011 SS 36
colombiana	NTC 1920	NTC 1920

calidad

tipos	estructural media resistencia	estructural media resistencia

Composición Quimica

carbono - C	0,26% máx.	0,25% máx.
manganeso - Mn	1,20% máx.	0,90% máx.
fósforo - P	0,04% máx.	0,035% máx.
azufre - S	0,05% máx.	0,04% máx.

la campana®

principal
calle 17 No. 22 - 41
pbx: (1) 370 2200
Bogotá - Colombia
www.lacampana.co

silicio - Si	0,40% máx.	-
cobre - Cu	0,20% mín.	-
niobio - Cb	-	0,008% máx.
vanadio - V	-	0,008% máx.

propiedades mecánicas

límite de fluencia mínimo		
Mpa	250	250
Psi	36000	36000
resistencia a la tracción		
Mpa mín.	400	365
Mpa máx.	550	-
Psi mín.	58000	52000
Psi máx.	80000	-
elongación mínima	20%	22%

ensayos

NTC -103 (prueba de abocardado)

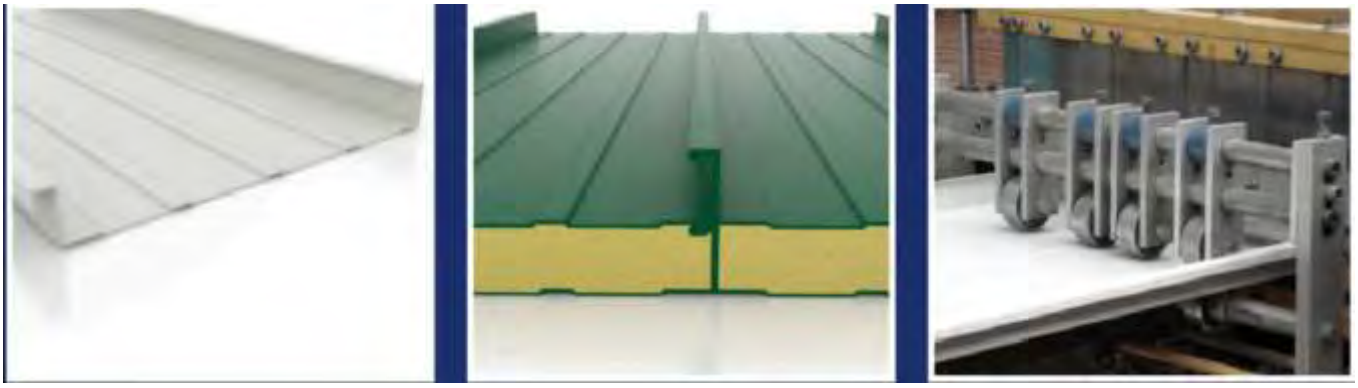
NTC - 2 (prueba de tracción)

NTC - 42 (prueba de aplastamiento)

principal
calle 17 No. 22 - 41
pbx: (1) 370 2200
Bogotá - Colombia
www.lacampana.co

FICHA TECNICA

CUBIERTA STANDING SEAM SENCILLA Y SANDWICH



INFORMACION TECNICA

Teja metálica formada en frio, especialmente diseñada para fabricarse en obra y cubrir grandes superficies, en las que se requieren bajas pendientes y grandes luces sin traslapos longitudinales; gracias a su versatilidad se puede diseñar cubiertas con teja sencilla en alturas de 1.5” y 2” con paneles tipo sándwich.

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

VENTAJAS

- No posee traslapos en la dirección del flujo del agua, garantizando un sistema completamente hermético
- Fabricado y grafado en obra
- No hay límite de longitud ya que es fabricada en una pieza de la canal a la cumbrera
- Sistema de fijación oculta a base de clips
- La tornillería no queda expuesta a la intemperie lo que disminuye el riesgo de posibles filtraciones
- Las tejas pueden ser fabricadas de la longitud requerida en secciones rectas o curvas dependiendo del diseño arquitectónico

USOS

- Plantas industriales
- Bodegas
- Edificios – viviendas
- Centros educativos
- Instalaciones deportivas
- Hangares
- Supermercados
- Fachadas y cerramientos

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

TEJA CURVA



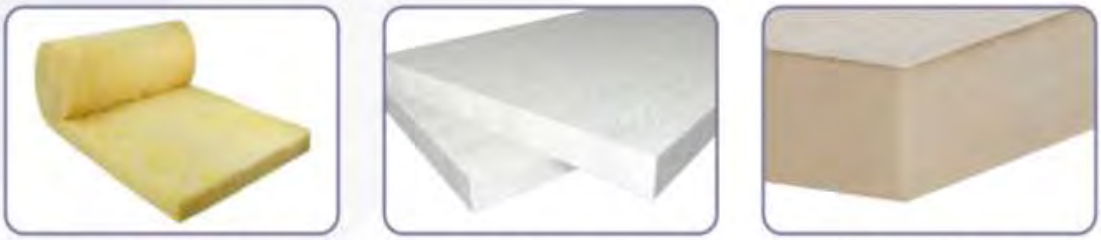
Radio mínimo de curvatura (m)	Altura del Panel	Calibres
10	1.5"(38.1mm)	26 - 24

La teja puede presentar rizados por el formado en frío.

COLORES



AISLAMIENTOS



Fibra de vidrio | Poliestireno | Poliuretano

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

Panel 2”



Altura Panel	Ancho útil (mm)	Calibre	Espesor (mm)	Peso (mm)
2” (50.8 mm)	450	24	0.60	6.38
		26	0.46	4.78

Tabla de carga	Luz Simple		Luz Continua	
	Carga (kg/m²)		Carga (kg/m²)	
Luces (mm)	C26	C24	C26	C24
1,800	78	123	110	181
1,900	67	104	99	163
2,000	57	89	89	147
2,100	49	77	81	133
2,200	43	67	74	121

Panel 1.5”



Altura Panel	Ancho útil (mm)	Calibre	Espesor (mm)	Peso (mm)
1.5” (38.1 mm)	500	24	0.60	5.74
		26	0.46	4.3

Tabla de carga	Luz Simple		Luz Continua	
	Carga (kg/m²)		Carga (kg/m²)	
Luces (mm)	C26	C24	C26	C24
1,400	49	101	115	174
1,500	40	82	97	152
1,600	33	68	80	134
1,700	28	56	66	118
1,800	23	48	56	106

Recomendaciones

- Distancia recomendada entre correas para panel 2”: 1.80 m para Cal 26
- Pendiente mínima panel 2”: 4%
- Distancia recomendada entre correas para panel 1.5”: 1.50 m para Cal 26
- Pendiente mínima panel 1.5”: 4%

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

Accesorios

Clip de fijación

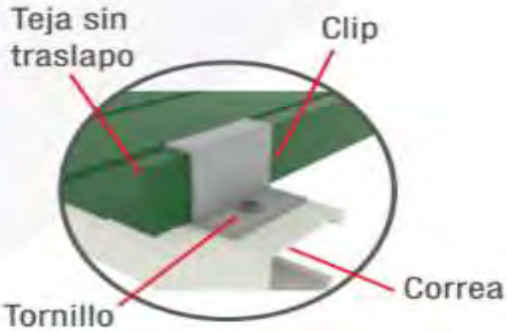


hc= 1½" (38,1 mm) ó 2" (50,8 mm)

Tornillo

Tornillo 10 - 16 3/4





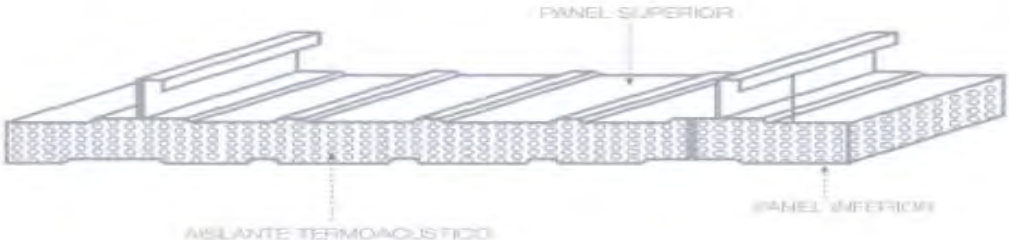
Teja Sencilla:

Una sola bandeja



Teja tipo sándwich:

Bandeja superior e inferior con aislamiento sobrepuesto



Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

质量报告单
MILL TEST CERTIFICATE

订货合同 S/C NO.		2022SC2810											发货日期 DATE OF DELIVERY				May 30th, 2022						
产品名称 NAME OF		PREPAINTED STEEL COILS PPGL											证明书日期 CERTIFICATE DATE				May 30th, 2022						
交货标准 SPECIFICATION		ASTM A755 CQ.											证明书标号 CERTIFICATE NO.				AMM2022SC2810						
序号 ITEM NO.	卷号 COIL NO.	规格及重量 MATERIAL DESCROPTION				化学成分CHEMICAL COMPOSITION% (熔炼分析HEAT ANALYSIS)								拉伸试验 TENSILE TEST				锌层重量 COATING	涂层性能 COAT PROPERTY					
		厚度 THICKNESS (MM)	宽度 WIDTH (MM)	长度 LENGTH (MM)	重量 WEIGHT(MT)	Z	AL	C	Mn	P	S	Si	颜色	屈服 Y.S.	抗拉 T.S.	伸长 EL	硬度 HARDNESS	两面BOTH	涂层厚度	涂层T弯	反向冲击	涂层擦拭	光泽
						$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-3}$	$X10^{-3}$	$X10^{-2}$	COLOR	Mpa		%		g/m^2					
1	AMM001	0.44	610	C	36.488	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL3001	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
2	AMM002	0.44	610	C	36.650	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL6005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
3	AMM003	0.44	610	C	50.466	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL9002	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
4	AMM004	0.44	610	C	45.766	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL5005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
说明 Remark																							
质检员Inspector		赵新菊				本页合计净重NET WEIGHT : 169.370 TONS																	

GREEN CITY
翠城投資有限公司
INVESTMENTS LIMITED

质量报告单
MILL TEST CERTIFICATE

订货合同 S/C NO.	2022SC2810	发货日期 DATE OF DELIVERY	May 30th, 2022
产品名称 NAME OF	PREPAINTED STEEL COILS PPGL	证明书日期 CERTIFICATE DATE	May 30th, 2022
交货标准 SPECIFICATION	ASTM A755 CQ.	证明书标号 CERTIFICATE NO.	AMM2022SC2810

序号 ITEM NO.	卷号 COIL NO.	规格及重量 MATERIAL DESCROPTION				化学成分CHEMICAL COMPOSITION% (熔炼分析HEAT ANALYSIS)								拉伸试验 TENSILE TEST				锌层重量 COATING	涂层性能 COAT PROPERTY				
		厚度 THICKNESS (MM)	宽度 WIDTH (MM)	长度 LENGTH (MM)	重量 WEIGHT(MT)	Z	AL	C	Mn	P	S	Si	颜色	屈服 Y.S.	抗拉 T.S.	伸长 EL	硬度 HARDNESS	两面BOTH	涂层厚度	涂层T弯	反向冲击	涂层擦拭	光泽
						$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-3}$	$X10^{-3}$	$X10^{-2}$	COLOR	Mpa		%		g/m^2					
1	AMM001	0.44	1220	C	27.572	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL3001	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
2	AMM002	0.44	1220	C	27.642	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL6005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
3	AMM003	0.44	1220	C	27.676	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL9002	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
4	AMM004	0.44	1220	C	23.022	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL5005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60

说明 Remark				
质检员Inspector	赵新菊		本页合计净重NET WEIGHT : 105.912 TONS	

GREEN CITY 投资有限公司 INVESTMENTS LIMITED

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008769771	0008817207	0008830286	0008934731	0008934742
COLADA No	445253	2609	2355	639325	639325
PESO	3.924 kg	4.136 kg	3.838 kg	3.752 kg	3.944 kg
PORCENTAJE DE CARBONO	0,060 %	0,040 %	0,050 %	0,050 %	0,050 %
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,240 %	0,200 %	0,200 %	0,230 %	0,230 %
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,017 %	0,008 %	0,014 %	0,011 %	0,011 %
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,004 %	0,008 %	0,007 %	0,002 %	0,002 %
PORCENTAJE DE ALUMINIO	0,020 %	0,031 %	0,040 %	0,028 %	0,028 %
PORCENTAJE DE COBRE	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE NÍQUEL	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE CROMO	0,010 %	0,020 %	0,030 %	0,010 %	0,010 %
PORCENTAJE DE MOLIBDENO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE VANADIO	0,001 %	%	%	0,001 %	0,001 %

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008769771	0008817207	0008830286	0008934731	0008934742
COLADA No	445253	2609	2355	639325	639325
PESO	3.924 kg	4.136 kg	3.838 kg	3.752 kg	3.944 kg
PORCENTAJE DE NIOBIO O COLUMBIO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE TITANIO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE BORO	0,0010 %	0,0030 %	0,0020 %	0,0012 %	0,0012 %
DUREZA PROMEDIO	54 HRB	54 HRB	52 HRB	47 HRB	54 HRB
ANCHO	1225 mm	1223 mm	1223 mm	1222 mm	1222 mm
COMBADURA	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm
ESPESOR DE LÁMINA	0,38 mm	0,38 mm	0,39 mm	0,39 mm	0,37 mm
RECUBRIMIENTO Z60	67,3 g/m2	72,0 g/m2	68,7 g/m2	71,7 g/m2	71,7 g/m2

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008934746	0008934747	0008934775		
COLADA No	639325	639326	639325		
PESO	3.608 kg	3.862 kg	3.888 kg		
PORCENTAJE DE CARBONO	0,050 %	0,040 %	0,050 %		
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,230 %	0,230 %	0,230 %		
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,011 %	0,012 %	0,011 %		
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,002 %	0,002 %	0,002 %		
PORCENTAJE DE ALUMINIO	0,028 %	0,027 %	0,028 %		
PORCENTAJE DE COBRE	%	%	%		
PORCENTAJE DE NÍQUEL	%	%	%		
PORCENTAJE DE CROMO	0,010 %	0,010 %	0,010 %		
PORCENTAJE DE MOLIBDENO	%	%	%		
PORCENTAJE DE VANADIO	0,001 %	0,001 %	0,001 %		

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008934746	0008934747	0008934775		
COLADA No	639325	639326	639325		
PESO	3.608 kg	3.862 kg	3.888 kg		
PORCENTAJE DE NIOBIO O COLUMBIO	%	%	%		
PORCENTAJE DE TITANIO	%	%	%		
PORCENTAJE DE BORO	0,0012 %	0,0012 %	0,0012 %		
DUREZA PROMEDIO	54 HRB	50 HRB	53 HRB		
ANCHO	1222 mm	1222 mm	1222 mm		
COMBADURA	0 mm	0 mm	0 mm		
ESPESOR DE LÁMINA	0,37 mm	0,38 mm	0,37 mm		
RECUBRIMIENTO Z60	71,7 g/m2	73,0 g/m2	72,7 g/m2		

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CORPACERO
Brindamos soluciones en acero

DECLARACION DE CONFORMIDAD

Las laminas cortadas de acero galvanizado aquí descritas han sido inspeccionadas y ensayadas por personal autorizado, independiente del área de producción, con resultados satisfactorios en concordancia con los siguientes documentos: Plan de Calidad de corte lamina lisa PD-CC-02-05; Especificacion Tecnica de Lámina Galvanizada ET-CC-02-14; y tolerancias bajo lineamientos Internos Corpacero y de norma ASTM A653 (NTC 4011) y ASTM A 924.

INFORMACION BASICA

FECHA:	20/10/2020	**CONSECUTIVO Nº**	**CL20-2562**
LINEA:	**LAMINA GALVANIZADA LISA**	**REMISION:**	2082169
NORMA:	**ASTM A 653 CS TIPO B**	**CLIENTE:**	MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A
		SO. ó SX.	20005437
REFERENCIA :	LAM.GLV.0.38 1220 X 2440	**CANTIDAD :**	8007 KG

PRUEBAS Y ENSAYOS

Composicion Quimica:	CONFORME	**Propiedades Mecanicas:**	CONFORME
Inspección Visual:	CONFORME	**Dimensiones y/o Medidas:**	CONFORME
Planitud lámina:	CONFORME	**E. de Adherencia:**	CONFORME

OBSERVACIONES.
- Para los requisitos de las tolerancias dimensiones del material galvanizado ASTM A 924 Y Especificación tecnica : ET-CC-02-14
- **El material relacionado se encuentra libre de contaminacion radioactiva**

ELABORO:



DIEGO RINALDY S.
Aprendiz de Calidad

REVISO:



KAREN ROBLES
Jefe Control de Calidad

DESTINATARIO

NOMBRE	DIRECCIÓN	N° ORDEN DE COMPRA
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51	PV/1207008

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD DE PRODUCTO

C-C-01-D01
Versión 3
27/12/2022

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	Agofer S.A.S.	**PLANTA:**	Malambo	**FECHA DE PRODUCCIÓN**	2023-01-11
N.I.T.	800.216.499-1	**No. INTERNO**	17,040	**N° ORDEN DE PRODUCCIÓN**	POTF03995
PRODUCTO	Tubo Estructural Grado C (3.0mm) 120 x 60 x 6m (50.4kg)***				

DATOS DEL PRODUCTO

* Las cubiertas se fabrican bajo los parámetros de la NTC 4015.
* Las láminas se enderezan bajo los parámetros de las NTC 6 y 7.
* La perfilería se fabrica bajo los parámetros de la NTC 5685.
* Las tubería se fabrican bajo los parametros de las NTC 1560 (para tuberia cerramiento), NTC 1986 (para tuberia mecánica) y NTC 4526 (para tuberia estructural).

N°	CALIDAD	N° DE TRAZABILIDAD DEL MATERIAL	PROPIEDADES QUÍMICAS (%)										RECUBRIMIENTO DE ZINC	PROPIEDADES MECÁNICAS		
			C	Si	Mn	P	S	Al	Cu	Ni	Cr	Mo		Fluencia (F/Y)	Tracción (F/T)	Elongación (%)
1	ASTM A572 G50	6-40586	0.0800	0.0100	0.8500	0.0150	0.0030	0.0000	0.0100	0.0100	0.0100	0.0030	NA	414.0	482.0	38.0

NOTA: En caso que las propiedades mecánicas esten en 0, significa que no se cuenta con la disponibilidad de estos datos.

ENSAYOS REALIZADOS

PRUEBAS DESTRUCTIVAS			
Abocardado	NA	**Doblado**	NA
Aplastamiento	Conforme		

PRUEBAS DIMENSIONALES					
Diámetro	NA	**Espesor**	Conforme	**Radios**	Conforme
Dimensiones	Conforme	**Longitud**	Conforme	**Rectitud**	Conforme

Certificamos que el gtimaterial aquí descrito fue producido, revisado y aprobado en la fecha escrita en nuestras instalaciones. Si requiere trazabilidad adicional puede solicitarla al personal de Agofer S.A.S. con el número interno.

Isabelly Angulo
Directora S.I.G.
Agofer S.A.S.

Declaración generada en **Malambo** el **2023-01-13**

ALFAQUICK

Línea: **PEGANTES**
Producto: **ALFAQUICK C1T**

FICHA TÉCNICA

DESCRIPCIÓN

ALFAQUICK es un adhesivo seco altamente flexible elaborado ALFAQUICK es un adhesivo seco base cemento gris modificado con aditivos celulósicos que solo requiere ser mezclado con agua, para la obtención de excelentes propiedades de trabajo y de una alta adherencia en la instalación de revestimientos cerámicos de media y alta absorción, como cerámica y gres en pisos y paredes interiores y pisos exteriores.

De acuerdo con la NTC 6050-1, es un adhesivo cementicio (C) normal (1), de resistencia al deslizamiento vertical (T).

BENEFICIOS:

- Listo para usar. Sólo requiere la adición de agua recomendada.
- Excelente consistencia de trabajo.
- Tiempo abierto elevado.
- Cero deslizamientos en aplicación vertical.
- Mayor rendimiento dada su granulometría especial.
- Gran adhesión en interiores y exteriores.

SUSTRATOS SUGERIDOS

- Pañetes o revoques base cemento
- Pantallas de Concreto
- Ladrillo o Bloque de concreto o arcilla
- Mampostería en general.

PRESENTACIÓN Y ALMACENAMIENTO

ALFAQUICK es empacado en bolsas de 25 kg. con estibado de a 40, 64 o 72 bolsas por estiba, equivalente a 1.000, 1.600 o 1.800 kg, respectivamente. Se debe almacenar bajo techo en un lugar fresco y ventilado, separado del piso y de las paredes.

En su empaque original, se garantiza que el producto mantiene sus condiciones y características durante 12 meses a partir de la fecha de fabricación, siempre que se conserve cerrado y almacenado en un lugar cubierto y seco.

APLICACIÓN

Preparación de la superficie o soporte

Todas las superficies y el ambiente deben estar entre 4°C y 35 °C.

Verifique que la superficie se encuentre estructuralmente sólida y firme, totalmente fraguada, libre de fisuras activas o partes sueltas, sin polvo, grasa y aceite, residuos de estuco pintura, lechada de cemento, selladores de hormigón, agentes de curado potencialmente nocivos para la adherencia del pegante.

Preparación y aplicación del producto

Agregue siempre el mortero al agua y no al revés.

- Utilice 5 partes de ALFAQUICK con 2 partes de agua y mezcle hasta obtener una consistencia pastosa y homogénea. Para esto utilice un mezclador de bajas revoluciones (<300 RPM).
- Permita que la mezcla repose por 5 minutos.
- Antes de iniciar la instalación, verifique que la superficie y las baldosas a utilizar, se encuentren limpias, libres de polvo, grasas, desmoldante y/o cualquier otro material que pueda afectar la adherencia; En superficies que han estado expuestas a la intemperie, humedezca ligeramente.
- Utilice para la instalación de las baldosas con dimensiones superiores a 30 x 30 cm la técnica de doble encolado, que consiste en aplicar producto sobre el sustrato y en el revés de la baldosa; con esta técnica se garantiza la correcta humectación con un cubrimiento en el sustrato y la baldosa que no puede ser inferior al 85% para zonas interiores y del 95% para zonas exteriores; Se recomienda humedecer levemente el soporte donde realizara la instalación.
- Extienda solamente el área que puede instalar de 15 a 20 minutos. En situaciones climáticas no favorables como altas temperaturas, sol directo y corrientes de viento, el tiempo abierto puede disminuir.
- Utilizando la parte lisa de la llana aplique el mortero sobre la superficie a instalar, luego con la misma parte lisa de la

Información actualizada en FEBRERO de 2020

llana, aplique mortero sobre la parte posterior de la pieza a instalar (método de doble encolado); con inclinación de 45-60 grados pasar la llana por su lado dentado una sola vez y en un solo sentido vertical sobre el sustrato con el objetivo de permitir el paso del aire al momento de estampillar, asentar inmediatamente la pieza con un mazo de goma hasta lograr el 100% del cubrimiento de la pieza sobre el sustrato; para mejorar la humectación entre el sustrato y la baldosa, mueva ligeramente la baldosa hacia adelante y atrás en sentido perpendicular a los surcos de la llana.

- Se requiere controlar constantemente que el adhesivo aplicado no forme una película superficial y se encuentre todavía fresco (Efecto piel). En caso contrario, retirar el adhesivo y aplicar uno nuevo. Está contraindicado humedecer con agua el adhesivo cuando se haya formado la película, ya que, en vez de disolverla, forma un velo antiadherente.
- Emboquille tras 24 horas con ALFAQUICK JUNTAS.
- Mezclar siempre el producto con la cantidad de agua indicada en esta ficha técnica. El exceso en la cantidad de agua, reduce la resistencia desarrollada por el producto.

DATOS TÉCNICOS

Norma Técnica Colombiana 6050-1 Propiedad	VALOR
Densidad en Polvo (gr/cm3)	1,5 ± 0,1
Cantidad de agua para la mezcla (por presentación)	6,5 + 0.5 litros por cada 25 kg de producto
Cantidad de agua para la mezcla (por volumen)	5 partes de ALFAQUICK con 2 partes de agua
Tiempo de reposo de la mezcla	5 minutos
Tiempo Abierto (minutos)	15 - 20 min
Temperatura de aplicación	4°C y 35 °C.
VOC Calculados máximos (g/l)	0,0 g/l
Resistencia al deslizamiento	< 0,5 mm
Vida de la pasta (Horas)	2,5 + 0,5 horas
Tiempo para emboquillar	Mínimo 24 horas
Transito liviano	24 horas
Resistencia adhesiva a la tracción a 28 días (MPa)	
Resistencia adhesiva a la tracción condición estándar (MPa)	≥ 0,8
Resistencia adhesiva a la tracción luego de inmersión en agua (MPa)	≥ 0,5
Resistencia adhesiva a la tracción condición Tiempo abierto (MPa)	≥ 0,5

RENDIMIENTO

Formato (cm)	Llana (mm)	Rendimiento (Kg/m²)
30 x 30	6 x 6	4,5 Kg/m²
40 x 40	6 x 6 / 6 x 10	5,0 Kg/m²
50 x 50	10 x 10	6,0 Kg/m²
60 x 60	10 x 10 / 12 x 12	7,0 Kg/m²
80 x 80	12 x 12 / 10 x 15	10,0 Kg/m²
60 x 120	15 x 15	9,0 Kg/m²

*El consumo real del producto dependerá del estado de la superficie sobre la cual se aplique, su textura, porosidad y nivelación y del formato de la baldosa, peso, tolerancia de pandeo y espesor.

PRECAUCIONES

- No instalar sobre paredes de yeso (revocados, paneles de yeso) o enlucidos de yeso.
- No instalar sobre láminas de fibrocemento.
- No aplicar sobre substratos dimensionalmente inestables (cartón, madera, alfombra).
- No utilizar para instalar cerámica sobre cerámica.
- Realizar juntas perimetrales, intermedias y modulares de dilatación/expansión para garantizar la estabilidad de la instalación.
- Es necesario limpiar el polvo de la cara posterior de las baldosas con una esponja húmeda.
- No instalar sobre fibrocemento o en sustratos con vibraciones.
- No mezcle el producto con arena o cemento.
- Se debe agregar al producto sólo la cantidad de agua re comendada.
- Humedecer ligeramente la superficie de soporte antes de aplicar el adhesivo pues esto ayuda a prolongar el tiempo disponible para su colocación.
- No instalar ningún tipo de revestimiento cuando la temperatura de la superficie sea inferior a 4°C o superior a 35 °C.
- Utilice implementos de cuidado personal durante la instalación de los sistemas de revestimiento.

ALFAQUICK

SERVICIO TÉCNICO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

ALFA aconseja el tipo de pegante adecuado para cada aplicación, de acuerdo con la ficha técnica de cada producto. En caso de duda respecto a la selección, utilización o aplicación de este producto, consultar previamente con nuestro departamento técnico.

Si usted requiere de un producto específico, nuestro departamento técnico le ayudará a concretar sus especificaciones y desarrollará el que mejor se adapte a sus necesidades. Para mayor información escribanos a servicioalcliente@alfa.com.co

OBSERVACIONES

La ficha técnica no puede reflejar todas las aplicaciones y factores que intervienen en el uso del producto. Así, frente a colocaciones no descritas en esta ficha, recomendamos consultar con nuestro departamento técnico o realizar una prueba previa, para comprobar su idoneidad.

Fabricado por MSC - oficina y planta de producción:
Km 2 vía Briceño-Zipaquirá Parque industrial Tibitoc,
Bodega 21, Tocancipá, Cundinamarca Colombia.

La información contenida en esta hoja técnica solo constituye una guía al usuario, y no constituye garantía expresa por parte de Alfagres S.A. cualquier persona que use el producto para un propósito distinto al recomendado, en condiciones de aplicación, preparación de producto y/o superficie diferentes al estrictamente indicado en este documento lo hace bajo su propio riesgo, la empresa tampoco posee control sobre la calidad y condiciones del sustrato, así como compatibilidad sobre pinturas, resanes, estucos o similares de proveedores distintos a los suministrados o aceptados por la compañía, así como tampoco se tiene control sobre los diferentes factores que afecten la correcta aplicación del producto, como condiciones atmosféricas, presencias de humedades internas no perceptibles, cercanías a fuentes de emisión de contaminantes o calor, destreza y habilidad del pintor entre otras por lo tanto, a menos que se acuerde específicamente por escrito, no se acepta responsabilidad por el desempeño del producto o por cualquier perdida o daño que surja a partir del uso de este producto (sujeto al grado máximo permitido por la legislación colombiana vigente). El presente documento puede modificarse sin previo aviso con base a los planes de mejoramiento de producto continuo descrito por la compañía, por lo que es responsabilidad del usuario solicitar una copia de este documento, revisarlo, entenderlo y verificar con su representante comercial la vigencia de este.

FICHA TÉCNICA / VERSIÓN 8.

CEMENTO GRIS USO GENERAL



IMAGINA TODO LO QUE
PODEMOS CONSTRUIR JUNTOS

ARGOS

CEMENTO GRIS USO GENERAL

Es un cemento que se puede usar para la fabricación de morteros, lechadas y concretos utilizados para la construcción en general.

Las especificaciones del Cemento Gris Uso General cumplen con los valores de la Norma Técnica Colombiana NTC 121 (Tipo UG).

USOS:

- Morteros para pisos, nivelaciones, lechadas y emboquillados.
- Reparaciones, remodelaciones, pequeñas obras y diversas aplicaciones domésticas.
- Producción de elementos prefabricados de pequeño y mediano formato.
- Morteros para mampostería, pega de cerámicos, enchapes, acabados, recubrimientos interiores y para fachadas.
- Todo tipo de elementos de concreto que no requieran características especiales.

BENEFICIOS:

VENTAJAS CONSTRUCTIVAS

- Es un producto versatil, con muchas posibilidades de aplicación.

VENTAJAS EN SOSTENIBILIDAD

- Aporte certificación LEED®: este producto puede contribuir a la obtención del crédito Materiales y Recursos: Transparencia y Optimización de los Productos de Construcción-Fuentes de Materias Primas, aplicando a la opción 1: Argos realiza anualmente su reporte de sostenibilidad corporativo “Reporte Integrado” basado en el Global Reporting Initiative (GRI) en donde publica el detalle de su desempeño y los planes con relación a cada uno de los aspectos más relevantes para la sostenibilidad del negocio y para sus grupos de interés. Lo puedes ver en nuestra página web https://ir.argos.co/ en la sección de Información Financiera – Resultados Financieros – Reportes. En ese mismo reporte, Argos informa la comunicación del progreso que ha realizado frente al compromiso con el U.N. Global Compact.

PRESENTACIÓN:

- Sacos de: 1 kg – 5kg - 25 kg - 50 kg.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

PARÁMETROS FÍSICOS		NORMA DE ENSAYO	NTC 121 TIPO UG
Finura	Blaine, min. (cm^2/gr)	NTC 33	A
	Retenido Tamiz 45 µm (%)	NTC 294	A
Cambio de longitud por autoclave, expansión, máx. (%)		NTC 107	0.80
Tiempo de fraguado, Ensayo de Vicat[B]	No menos de, minutos	NTC 118	45
	No mas de, minutos	NTC 118	420
Contenido de Aire en Volumen de mortero, máx. (%)		NTC 224	12
Expansión de barras de mortero a 14 días, máx.		NTC 4927	0.020
RESISTENCIA MÍNIMA A LA COMPRESIÓN (MPa)			
3 días		NTC 220	8.0
7 días		NTC 220	15.0
28 días		NTC 220	24.0

A: Los resultados de estos ensayos deben ser informados en todos los reportes que sean solicitados.
B: El tiempo de fraguado se refiere al tiempo de fraguado inicial en la NTC 118.

RECOMENDACIONES:

- En la elaboración de concretos se recomienda la revisión y aplicación de la NTC 3318 y Norma Sismo Resistente Colombiana vigente; requisitos de producción, calidad y durabilidad.
- Almacene el cemento en un lugar seco, cubierto y alejado de zonas húmedas.
- Conserve el cemento sobre estibas y no sobre el suelo.
- Una vez abierto el saco se debe consumir de manera inmediata.

ESTAMOS PARA AYUDAR

En ARGOS estamos comprometidos a ayudarte a construir grandes obras y sacar el mejor provecho de nuestros productos. Si tienes preguntas o reclamos sobre este producto comunícate con nuestros canales de atención:

DESDE TELÉFONO FIJO: **018000527467**

DESDE CELULAR: **#250**

Asesoría técnica:
ASESORVIRTUAL@ARGOS.COM.CO

Para aprender sobre la tecnología y aplicaciones de este producto, ingresa a:
WWW.360GRADOSENCONCRETO.COM

Para mayor información acerca de nuestros productos y servicios, consulta nuestra página web: **COLOMBIA.ARGOS.CO**



ARGOS

Empresa de cemento del GRUPO ARGOS

IDENTIFICACIÓN

Esmalte 3 en 1 DUROCOLOR
Composición química: Pintura de tipo alquídica con inhibidor de corrosión diluible en varsol o solventes alifáticos

USOS

Este fuerte esmalte está especialmente formulado para estructuras en hierro expuestas a la intemperie. Es ideal para puertas, ventanas rejas y para todo tipo de muebles de hierro de exteriores. Ideal para conjuntos residenciales, hogares, hospitales, escuelas, hoteles, comercios y establecimientos de alimentación.

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Esmalte 3EN1 DUROCOLOR, proporciona una cobertura altamente uniforme, de fácil aplicación y alto poder de cubrimiento. Es fácil de fregar y lavar, de excelente fluidez y gran capacidad de auto nivelación. A pesar de su alta dureza, gracias a su elasticidad previene la aparición de grietas y el quebradizo. Es extremadamente duradera y permanece sin levantarse ni descascarillarse durante muchos años. Se presenta en varios colores brillante o mate

PROPIEDADES FÍSICAS

PROPIEDAD	VALOR	METODO
Apariencia	Cuerpo cremoso con buena fluidez y sin presencia de sedimento duro	
Viscosidad en unidades Krebs	90 ± 5 KU / 25°C	NTC 559
Finura de dispersión en unidades Hegman, mínimo	6,5 unidades	NTC 557
Poder cubriente, relación de contraste, mínimo	95%	NTC 4974
Tiempo de secamiento para repintar, en horas, máximo	8 horas	NTC 598
La resistencia del producto ha sido evaluada en cámara salina a 300 horas con espesor de película seca de 6-8 mils.		

PREPARACIÓN DE LA SUPERFICIE

La superficie debe estar completamente limpia y seca, libre de polvo, agua, oxido, aceite, neme, huellas, grasa, agentes contaminantes que dañen la adherencia del recubrimiento. No se recomienda la aplicación sobre pinturas viejas o deterioradas, si el producto es aplicado sobre pinturas viejas no se garantiza el efecto anticorrosivo. En concreto o cemento no aplicar sobre elementos sueltos, arenosos, lechadas. El metal se debe tratar con lavado de ácido fosfórico y agua en proporción 1:1 luego de lo cual se debe lavar con abundante agua, se debe lijar con lija #220, secar completamente y finalizar con una limpieza con Xilol, dejar secar completamente antes de pintar. Sobre superficie nueva se debe revisar la presencia de humedad o fuentes de humedad y tratarlas antes de aplicar el producto.

DILUCIÓN

- Para la aplicación con brocha o rodillo diluya con varsol hasta alcanzar la viscosidad de aplicación.
- Aplique de 2 a 3 manos del producto dependiendo del color, porosidad y tipo de superficie.

Powered by CamScanner

APLICACIÓN

- Esmalte 3EN1 DUROCOLOR puede aplicarse por los métodos tradicionales de brocha, rodillo o pistola diluyendo a viscosidad de aplicación.
- Antes de aplicar se debe revolver hasta obtener una completa homogeneidad, verificando que no queden sedimentos o residuos en el fondo o paredes.
- Se recomienda dejar secar de 6 a 8 horas entre manos. La obtención de un excelente acabado depende de la buena preparación de la superficie.

SEGURIDAD

El Esmalte 3EN1 se debe almacenar en lugares frescos y bajo techo, lejos de fuentes de ignición o chispas, alimentos y aguas de consumo. Después de abierto se debe cerrar correctamente y mantener en posición vertical para evitar derrames. Evitar el contacto directo con la piel, o el manejo directo del producto, utilice los equipos adecuados de aplicación y protección. Manténgase fuera del alcance de los niños.

Los datos indicados en esta ficha técnica son valores medios tomados estadísticamente en nuestro laboratorio y carecen de valor contractual.	Revisado por : JEFE PRODUCCION		Aprobado por: GERENTE
	Versión: 02	Vigencia: 24/SEP/14	Modificaciones: Inicio SGC

Powered by CamScanner



TUBERÍA ESTRUCTURAL

Tubería fabricada en acero laminado en caliente por resistencia eléctrica, de acuerdo con la norma ASTM A500, la cual viene en secciones redondas, cuadradas y rectangulares.

Tabla de Espesores

TUBERÍA CUADRADA	DIMENSIÓN EXTERIOR (mm)- LONGITUD 6 METROS									
Espesor	40 x 40	50 x 50	60 x 60	70 x 70	90 x 90	100 x 100	120 x 120	135 x 135	150 x 150	200 x 200
1,50mm	11,21kg	13,98kg	-	19,69kg	-	27,54kg	-	-	-	-
2,00mm	14,72kg	18,42kg	22,20kg	25,92kg	33,48kg	37,20kg	-	-	-	-
2,50mm	18,12kg	22,80kg	27,48kg	32,16kg	41,58kg	46,26kg	55,63kg	-	-	-
3,00mm	-	27,05kg	32,64kg	38,28kg	49,56kg	55,20kg	65,04kg	73,91kg	82,02kg	-
4,00mm	-	-	-	47,82kg	62,88kg	72,84kg	85,50kg	100,14kg	111,48kg	145,74kg
4,50mm	-	-	-	-	-	81,84kg	-	-	124,15kg	166,62kg
5,00mm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	182,28kg
6,00mm	-	-	-	-	-	106,50kg	124,50kg	147,48kg	166,31kg	221,92kg
8,00mm	-	-	-	-	-	-	-	-	216,73kg	292,50kg

TUBERÍA RECTANGULAR		DIMENSIÓN EXTERIOR (mm) - LONGITUD 6 METROS									
Espesor	80 x 40	100 x 40	100 x 50	120 x 60	150 x 50	150 x 100	200 x 70	200 x 100	250 x 100	300 x 100	300 x 150
1,50mm	16,87kg	19,69kg	21,12kg	24,72kg	-	-	-	-	-	-	-
2,00mm	22,26kg	26,03kg	27,84kg	33,48kg	37,33kg	-	-	-	-	-	-
2,50mm	27,54kg	32,25kg	34,50kg	41,58kg	46,38kg	-	-	69,76kg	-	-	-
3,00mm	32,70kg	38,35kg	41,10kg	49,56kg	55,31kg	70,14kg	75,78kg	84,30kg	98,40kg	-	-
4,00mm	-	-	51,54kg	66,51kg	72,83kg	92,64kg	100,14kg	111,48kg	-	-	-
4,50mm	-	-	-	-	78,48kg	99,72kg	111,53kg	124,26kg	-	-	-
5,00mm	-	-	-	-	-	-	-	137,70kg	-	185,28kg	-
6,00mm	-	-	-	-	101,88kg	136,20kg	147,48kg	164,46kg	-	-	-
8,00mm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	292,08kg	328,62kg
10,00mm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	406,20kg

Normas

ASTM A500 Grado B y Grado C = NTC 4526: Tubería estructural de acero al carbono formada en frío, con y sin costura, redonda y de otras formas.

Fórmula de Peso

- Cuadrado Masa(kg/m) = 0,00785 X Espesor[4L - 8R + π(2R - e)]
- Rectangular Masa(kg/m) = 0,00785 x e [2(B + A) - 8R + π (2R - e)]

Usos

Estructuras metálicas
Remolques
Carrocerías
Pórticos
Columnas
Cerchas
Puentes

E = Espesor
D = Diametro
L = Lado
R = Radio
π = 3,1416
A = Lado A
B = Lado B
R = E

FÁBRICA
DE PERFILERÍA ROLADA GRAFILADA
SISTEMA DRYWALL

Fabricamos perfiles en **Acero Galvanizado**, materia prima bajo normas ASTM A 653/924 y galvanizado G30-Z90 para calibres 26 y G60-Z180 para calibres 20,22 y 24, fabricado bajo el proceso de **Rolformado** con máquinas de control numérico de última tecnología. Utilizados para el armado de cielo rasos livianos tipo Drywall que ofrecen precisión y rapidez en su instalación.

ÁNGULO



Perfil en forma de L, se instala sobre los muros perimetrales y ayuda a determinar el nivel del cielo raso. También se utiliza como elemento de cuelga entra la estructura de la edificación y la estructura de cielo raso.

Para Cuelgas



Para Perímetro



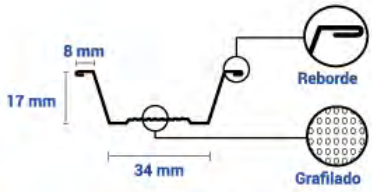
Cal. 26 (0.38 mm)
Cal. 24 (0.55 mm)

Descripción	Longitud en stock
Colgante 15 mm x 15 mm	2.44 ml
Colgante 20 mm x 20 mm	2.44 ml
Perimetral 25 mm x 25 mm	2.44 ml
Dilatación 20 mm x 30 mm	2.44 ml

OMEGA CON REBORDE



Perfil en forma trapezoidal, utilizado como estructura complementaria para cielo raso, atornillándose a las viguetas, formando el soporte que recibe las láminas de yeso-cartón o fibrocemento.



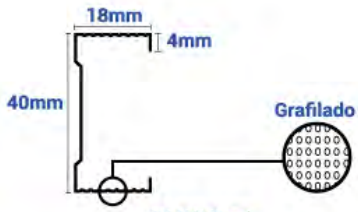
Cal. 26 (0.38 mm)
Cal. 24 (0.55 mm)

Descripción	Longitud en stock
Omega con reborde	2.44 ml
	3.66 ml

VIGUETA



Perfil en forma de C, utilizado como estructura complementaria para cielo raso; elemento portante, sobre el cual se atornillan los perfiles tipo Omega.



Cal. 26 (0.38 mm)
Cal. 24 (0.55 mm)

Descripción	Longitud en stock
Vigueta	2.44 ml
	3.66 ml

FÁBRICA
DE PERFILERÍA ROLADA GRAFILADA
SISTEMA DRYWALL

CANAL



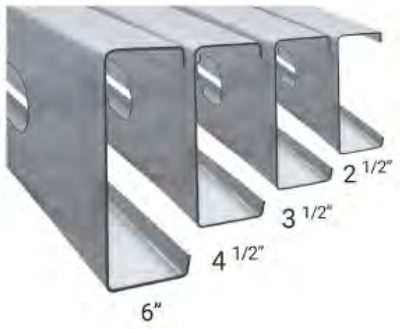
Elemento de instalación horizontal en forma de U, fabricado bajo el proceso de rolformado y grafilado, se fija al piso y al techo junto con los parales, forman la estructura para muros, dinteles y antepechos.

PARAL



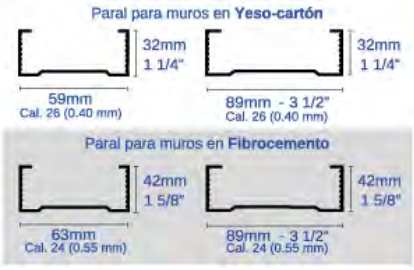
Elemento de instalación vertical en forma de C, fabricado bajo el proceso de rolformado y grafilado, con perforaciones en la base del perfil para el paso de instalaciones eléctricas y/o hidráulicas. Complemento de la estructura para recibir las placas de yeso-cartón o fibrocemento.

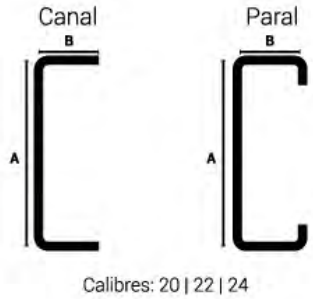
LÍNEA PS



Parales y canales que por su calibre y dimensión son utilizados en muros interiores y fachadas, que requieran mayor estabilidad y resistencia, ya sea por su altura o por los acabados que va a recibir.
Mantenemos longitudes en stock de: 2.44 – 3.66 – 4.88 – 6.10 ml.
Fabricación de longitudes especiales.







Calibres: 20 | 22 | 24

	Descripción	Cal	Longitud en Stock
Muros en Yeso-cartón	Canal Base 6 (60mmx25mm)	26	2.44 ml
	Canal Base 9 (90mmx25mm)	26	2.44 ml

	Descripción	Cal	Longitud en Stock
Muros en Yeso-cartón	Paral Base 6 (59mmx32mm)	26	2.44 ml 3.05 ml 3.66 ml
	Paral Base 9 (89mmx32mm)	26	2.44 ml 3.05 ml 3.66 ml

Descripción	Lado (A)	Lado (B)
Paral para Láminas de Fibrocemento, Aquapanel ó Densglass Calibres 24 - 22 -20	2 1/2" (63mm) 3 1/2" (89mm) 4 1/2" (114mm) 6" (152mm)	1 5/8" (42mm) 1 5/8" (42mm) 1 5/8" (42mm) 1 5/8" (42mm)
Paral para Láminas de Yeso-cartón Calibres 24 - 22 -20 Bajo Pedido	2 1/2" (63mm) 3 1/2" (89mm) 4 1/2" (114mm) 6" (152mm)	1 1/4" (32mm) 1 1/4" (32mm) 1 1/4" (32mm) 1 1/4" (32mm)

BARRAS CORRUGADAS

Actualización 30/03/2015



DESCRIPCION Y USOS	Barras de acero transversales distribuidos uniformemente en sección circular con resaltes para mayor adherencia al concreto, fabricada bajo la norma NTC 2289. Utilizada en el sector de la construcción para refuerzo de concreto en estructuras con diseño sismorresistente.
EMPAQUE Y ROTULADO	Paquetes con peso máximo de 2 toneladas y longitud a 6 , 9 y 12 metros. Conformados con única colada , sujetos con amarres metálicos. Tienen una (1) etiqueta de identificación ubicada en uno de los extremos del paquete que contiene la siguiente información: Nombre por marca del productor Numero de designación de la barra Grado o especificación Nº de colada o lote Cantidad (unidad) por paquete Longitud País de origen

Características Dimensionales

No de Designación (Pulg)	Peso (Masa) nominal	Dimensiones Nominales			Requisitos de los Resaltes		
		Diámetro mm	Área de la sección transversal mm^2	Perímetro mm	Altura resalte mm	Espaciamiento mm	Ancho de Venas mm
					Min	Máx.	Máx.
3 (3/8")	0,560	9,5	71	29,9	0,38	6,70	3,60
4 (1/2")	0,994	12,7	129	39,9	0,51	8,90	4,90
5 (5/8")	1,552	15,9	199	50	0,71	11,10	6,10
6 (3/4")	2,235	19,1	284	60	0,97	13,30	7,30
7 (7/8")	3,042	22,2	387	70	1,12	15,50	8,50
8 (1")	3,973	25,4	510	80	1,27	17,80	9,70
10 (1 1/4")	6,404	32,3	819	101	1,63	22,60	12,40

Especificaciones
Norma NTC 2289 / Decreto 1513 / ASTM A706

Composición Química

Elemento	% Máximo
Carbono (C)	0,33
Manganeso (Mn)	1,56
Fosforo (P)	0,043
Azufre (S)	0,053
Silicio (Si)	0,55

Propiedades Mecánicas
Requisitos de Tracción

Resistencia a la tracción mínima MPa	550
Resistencia a la fluencia mínima MPa	420
Resistencia a la fluencia máxima MPa	540

Alargamiento Mínimo (en 200 mm)

Número de Designación	%
3,4,5,6	14
7,8,10	12

La resistencia a la tracción debe ser igual o mayor a 1,25 veces al punto de fluencia.

Certificado de Producto

Sello con Reglamento Técnico icontec internacional
Decreto 1513 : 2012
Barras corrugadas para refuerzo de concreto

Sello de Calidad icontec internacional
NTC 2289 : 2012
Barras Corrugadas para refuerzo de concreto

ACESCO

Ficha Técnica METALTUB

Tubería Estructural y Cerramiento



acesco.com.co

Ficha Técnica Metalub Tubería Estructural

Descripción:

Metaltub Tubería Estructural Negra y Galvanizada: Los perfiles tubulares son tubos de acero soldados de alta resistencia referenciados en el reglamento NSR-10 como Perfiles Tubulares Estructurales, (PTE). Son utilizados como miembros estructurales en edificios, cerchas, puentes peatonales y otro tipo de estructuras y en una gran variedad de productos manufacturados. Se produce en formas redondas, cuadradas, rectangulares y en una amplia gama de tamaños. Bajo la especificación estadounidense del Instituto Americano de la Construcción en Acero (AISC por sus siglas en inglés) son referenciados como miembros estructurales HSS.

La Tubería Estructural Galvanizada cuenta con un recubrimiento 180g/m^2-Z180 (G60) para espesores menores o igual a 2.0mm y con recubrimiento 275g/m^2-Z275 (G90) para espesores de 2.5mm y 3.0mm.

Normatividad

La Tubería Estructural METALTUB de ACESCO es fabricada bajo normas ASTM A500 y NTC 4526 Grado C en espesores de 1.5mm a 10mm.

Especificaciones Técnicas

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS METALTUB ESTRUCTURAL						
ASTM A500		Resistencia a la Fluencia mínima		Resistencia a la Tracción mínima		Elongación mínima
		MPa	psi	MPa	psi	%
Redondo, Cuadrado y Rectangular	Grado C	345	50000	425	62000	21

TOLERANCIAS	
Longitud ≤ 6.5m	-6mm, +13mm
Longitud > 6.5m	-6mm, +19mm
Espesor de pared	± 10%

Para otras tolerancias remítase a la norma ASTM A 500 o NTC 4526.

MetaltubTubería Estructural Redonda

(Acabado negro y galvanizado)



METALTUB TUBERÍA ESTRUCTURAL REDONDA
(ACABADO NEGRO Y GALVANIZADO)

REFERENCIA			ESPESORES EN MILIMETROS											UNIDAD DE EMPAQUE
			1,5	2,0	2,5	3,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	
Tubos Redondos (")			Peso Teórico Calculado (kg / m)											
Diámetro Nominal	Diámetro Externo (pulg)	Diámetro Externo (mm)												
1-1/2"	1.89"	48 mm	1,78	2,35		3,45								91
			1,77	2,34		3,44								
2"	2.36"	60 mm		2,94	3,64									61
				2,93	3,63									
2-1/2"	2.87"	73 mm		3,58	4,44									37
				3,57	4,43									
3"	3-1/2"	89 mm		4,37	5,43	6,48								37
				4,36	5,42	6,47	8,54							
4"	4-1/2"	114.3mm			6,99	8,35								19
					6,97	8,33	11,04							
4"	4-1/2"	114.3mm							16,26					1
---	6"	152.4mm					14,92		22,09		29,05			1
8"	8-5/8"	219.1mm						26,75			42,21		52,27*	1
10"	10-3/4"	273.1mm								46.43*		59,25		1
12"	12-3/4"	323.9mm									62,89*		78,12	1

Estructural Galvanizado A500 Grado C

Estructural Negro A500 Grado C

*Producción bajo pedido

Metaltub Tubería Estructural Cuadrada

(Acabado negro y galvanizado)



METALTUB TUBERÍA ESTRUCTURAL CUADRADA
(ACABADO NEGRO Y GALVANIZADO)

REFERENCIA	ESPESORES EN MILIMETROS											UNIDAD DE EMPAQUE
	1,5	2,0	2,5	3,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	
Tubos Cuadrados (mm)	Peso Teórico Calculado (kg / m)											
50 x 50	2,34	3,08	3,80									100
	2,33	3,07	3,80									
60 x 60		3,71	4,59	5,45								100
		3,70	4,58	5,44								
70 x 70		4,34	5,37	6,39								64
		4,32	5,36	6,38								
90 x 90		5,59	6,94	8,28								36
		5,58	6,93	8,26								
100 x 100		6,22	7,73	9,22								36
		6,20	7,71	9,20	12,14		17,75					
120 x 120					14,81							30
135 x 135					16,69		24,58					25
150 x 150					18,58		27,41			40,08		16
200 x 200						30,88		42,70		54,21*		12
220 x 220								47,09		59,86*		12
250 x 250										68,34		9
300 x 300											91,25	4

Estructural Galvanizado A500 Grado C

Estructural Negro A500 Grado C

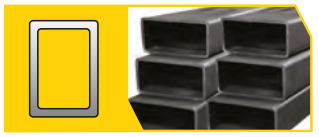
*Producción bajo pedido

Nota:

- El peso de la tubería estructural redonda y cuadrada, puede presentar variaciones debido a las tolerancias de norma.

Metaltub Tubería Estructural Rectangular

(Acabado negro y galvanizado)



METALTUB TUBERÍA ESTRUCTURAL RECTANGULAR
(ACABADO NEGRO Y GALVANIZADO)

REFERENCIA	ESPESORES EN MILIMETROS											UNIDAD DE EMPAQUE
	1,5	2,0	2,5	3,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	
Tubos Rectangulares (mm)	Peso Teórico Calculado (kg / m)											
60 x 40	2,34	3,08										100
	2,33	3,07										
76 x 38	2,67	3,52	4,35	5,17								72
	2,66	3,51	4,34	5,16								
90 x 50		4,34	5,37	6,39								60
		4,32	5,36	6,38								
100 x 50		4,65	5,77	6,86								50
		4,64	5,75	6,85								
120 x 60		5,59	6,94	8,28								50
		5,58	6,93	8,26								
150 x 100				11,69	15,44		22,70*					32
200 x 70				12,63	16,69		24,58*					40
200 x 100				14,05	18,58		27,41					28
250 x 100				16,40		26,95						18
250 x 150						30,88						18
300 x 100				18,76		30,88		42,70		54,21*		24
300 x 150									54,77		67,70*	10

Estructural Galvanizado NTC 4526 GRADO C

Estructural Negro NTC 4526/ ASTM A500 Grado C

*Producción bajo pedido

Nota:

- El peso de las tuberías puede presentar variaciones debido a las tolerancias de norma.

Obra con Metaltub Tubería Estructural



Centro Comercial la Central / Medellín

Ficha Técnica MetalTub Tubería de Cerramiento

Tubería de Cerramiento Galvanizada:

La tubería ACESCO, producida en acero de alta calidad, es utilizada en cerramientos , ornamentación y carpintería metálica. Cuenta con recubrimiento 180g/m^2-Z180 (G60) para espesores menores o iguales a 1.9mm y con recubrimiento 275g/m^2-Z275 (G90) para espesores de 2.5mm y 3.0mm y protección para su almacenamiento temporal. Su geometría transversal es fabricada con geometrías cuadradas, redondas o rectangulares.

Tubería de Cerramiento Negra:

La tubería de cerramiento negra es fabricada a partir de acero laminado en caliente – calidad comercial, soldada por inducción de alta frecuencia y su principal aplicación es para elementos que no requieren comportamiento estructural como ornamentación, carpintería metálica y metalmecánica en general.

Normatividad

La tubería Cerramiento METALTUB de ACESCO es fabricada bajo norma NTC1560.

Especificaciones Técnicas Metaltub Cerramiento

Propiedades Mecánicas		
Valores Mínimos		
Esfuerzo de Fluencia	Esfuerzo de tensión	Porcentaje de Elongación
176 MPa (25 000 psi)	268 MPa (38 000 psi)	21%

TOLERANCIAS	
Longitud	-5mm, +20mm
Diámetro	D≤ 48.26mm: ±0.5% D D> 48.26mm: ±0.75% D
Espesor de Pared	±10%

Nota:
Las propiedades mecánicas de los tubos son de referencia. (No obligatorias).

Metaltub Tubería de Cerramiento

(Acabado galvanizado)



METALTUB TUBERÍA DE CERRAMIENTO
(ACABADO GALVANIZADO)

REFERENCIA			ESPESORES EN MILIMETROS						UNIDAD DE EMPAQUE
			0,9	1,2	1,5	1,9	2,5	3,0	
Tubos Redondos (")			Peso Teórico calculado (kg / un*)						
Diámetro Nominal	Diámetro Externo (pulg)	Diámetro Externo (mm)							
1/2"	0,840	21,34		3,61	4,44	5,50			127
3/4"	1,050	26,67		4,56	5,62	7,01			91
1.0"	1,315	33,40		5,76	7,12	8,90			91
1 - 1/4"	1,660	42,16		7,32	9,08	11,37			61
1 - 1/2"	1,900	48,26		8,41	10,44	13,09	17,16	20,34	91
2.0"	2,362	60,00			13,05	16,41	21,56	25,60	61
2 - 1/2"	2,874	73,00			16,14	20,07	26,43	31,42	37
3.0"	3,500	89,00				24,58	32,42	38,60	37
4.0"	4,500	114,30				31,98	41,76	49,80	19
Tubos, Cuadros y Rectangulares									
Diámetro Nominal	Dimensión Nominal (mm)								
1 x 1	25 x 25		3,96	5,52	6,92				100
1-1/2 x 1-1/2	38 x 38			8,36	10,41	13,13			60
2 x 1	50 x 25			8,36	10,41				64
3 x 1 - 1/2	76 x 38				15,82	19,88			72

*Peso por unidad de 6.00 metros

Metaltub Tubería de Cerramiento

(Acabado Negra)



METALTUB TUBERÍA DE CERRAMIENTO
(ACABADO NEGRA)

REFERENCIA			ESPESORES EN MILIMETROS							UNIDAD DE EMPAQUE
			1,2	1,5	1,9	2,3	2,5	3,0	4,0	
Tubos Redondos (")			Peso Teórico calculado (kg / un*)							
Diámetro Nominal	Diámetro Externo (pulg)	Diámetro Externo (mm)								
1/2"	0,840	21,34	3,58	4,40	5,47					127
3/4"	1,050	26,67		5,59	6,96					91
1.0"	1,315	33,40	5,72	7,08	8,86					91
1 - 1/4"	1,660	42,16	7,27	9,02	11,32					61
1 - 1/2"	1,900	48,26	8,36	10,38	13,03	15,64	16,93			91
2.0"	2,362	60,00		12,98	16,33	19,64	21,27	25,30		61
2 - 1/2"	2,874	73,00			19,99	24,06	26,08	31,07		37
3.0"	3,500	89,00			24,49	29,51	32,00	38,18		37
4.0"	4,500	114,30			31,60	38,12	41,36	49,41	65,28	19

REFERENCIA	ESPESORES EN MILIMETROS							UNIDAD DE EMPAQUE
	1,2	1,5	1,9	2,3	2,5	3,0	4,0	
Tubos Cuadrados y Rectangulares Dimensiones Nominales	Peso Teórico calculado (kg / un*)							
1 x 1 (25 x 25)	5,60							100
2 x 1 (50 x 25)	8,54							64
3 x 1 - 1/2 (76 x 38)		15,90						72

*Peso por unidad de 6.00 metros

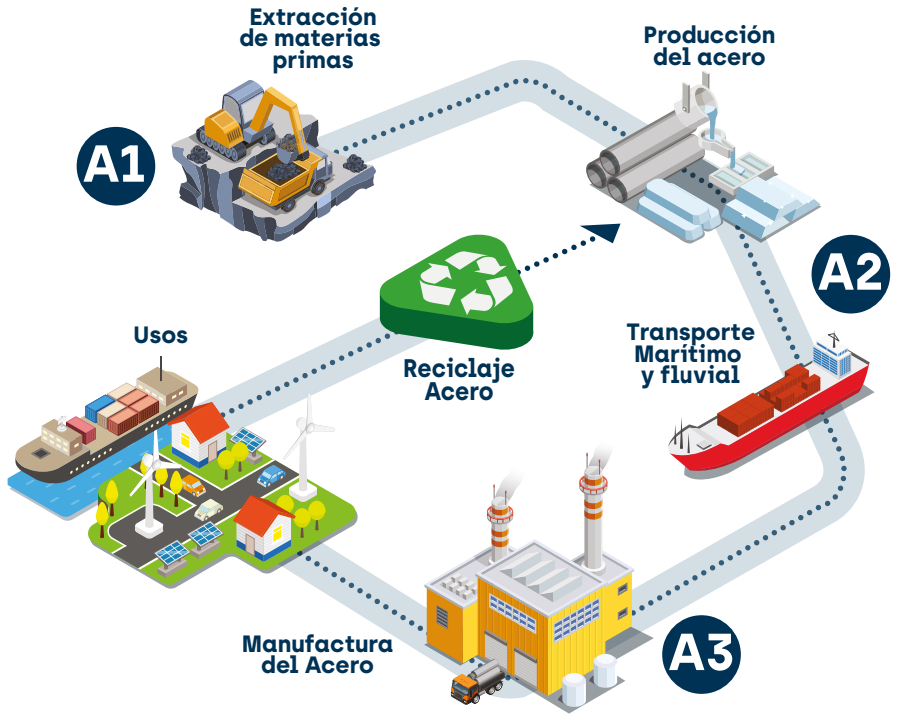
Nota:
- El peso de la tubería de cerramiento galvanizada y negra, puede presentar variaciones debido a las tolerancias de norma.

Sostenibilidad

Acesco en su interés de ofrecerle al mercado productos sostenibles ha revisado su **Ciclo de Vida (CVP)** para identificar y cuantificar el uso de recursos naturales y la generación de residuos. Este estudio ha comprendido materias primas y su origen, transporte y proceso de manufactura.

Como resultado se cuenta con **Autodeclaración Ambiental de Producto (DAP)** disponible en nuestra página web, para Tubería Estructural Negra y Galvanizada y Tubería de Cerramiento Galvanizada. Además aportan beneficios en la obtención de certificaciones de edificaciones sostenibles como Leed.

El material de empaque utilizado en cada uno de los productos es reciclable y puede ser enviado a aprovechamiento a través de gestores debidamente autorizados. El detalle de cada material de empaque se puede consultar en nuestra página web.



Certificaciones

NTC 1560: 2019
Tubos de acero al carbono laminados en caliente soldados por resistencia eléctrica, para uso general.

NTC 4526: 2021
Tubería estructural de acero al carbono conformada en frío, con y sin costura, redonda y otras formas.

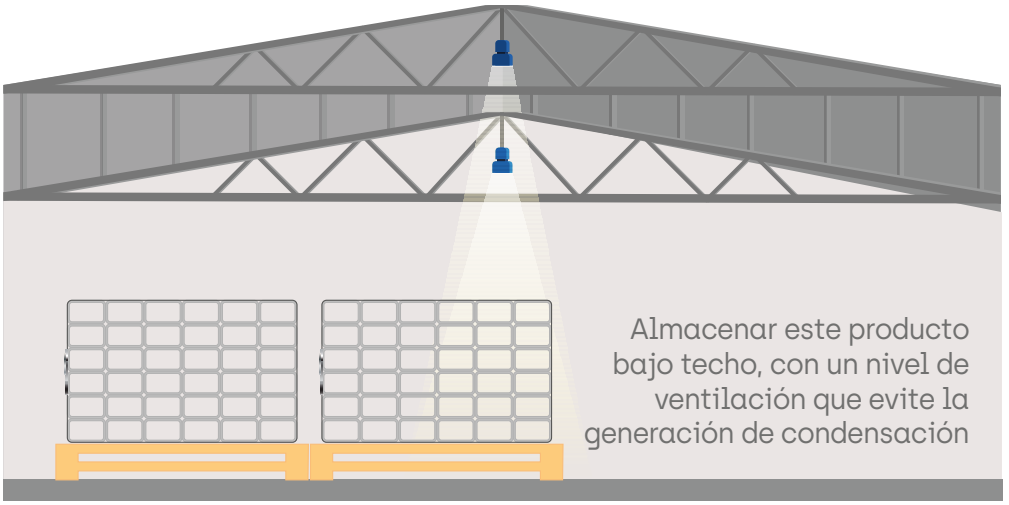
ASTM A500/A500M-21
Tubos estructurales de acero sin costura y soldados conformados en frío redondos y con otras formas.

SC 553-1

SA-CER285096

NTC 6034:2013
Criterios ambientales para elementos de aceros planos conformados en frío para uso en construcción.
ICONTEC
CSAC 01-6034-CER 838341

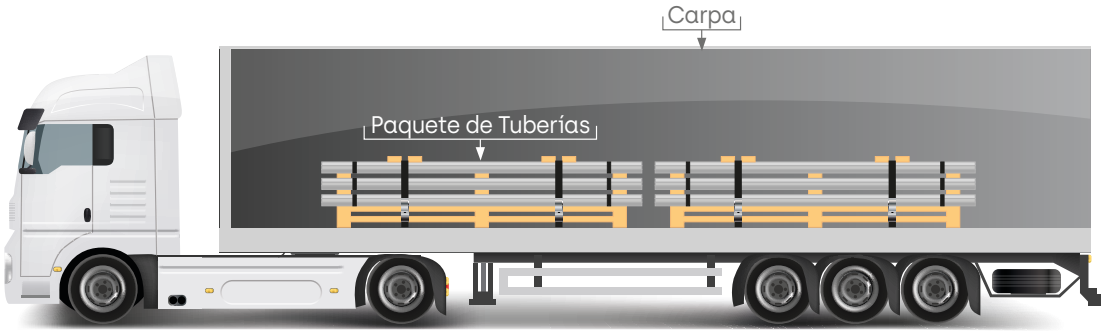
Almacenamiento, Manipulación y Transporte



Almacenar este producto bajo techo, con un nivel de ventilación que evite la generación de condensación



Utilizar los elementos adecuados en el cargue y descargue de los productos.



Para el transporte de Tuberías se debe contar con estibas para soportar el material y se debe asegurar el mismo para impedir que se desplace durante el transporte.

ACESCO

Última actualización: No. 15 - Septiembre 2022
Acesco se reserva el derecho de realizar modificaciones, aclaraciones y correcciones de la presente pieza técnica. Dichas modificaciones se publicarán en la página web de Acesco.

PARQUE INDUSTRIAL MALAMBO PIMSA
MALAMBO, ATLÁNTICO • COLOMBIA
Servicio al cliente: 605 3718100 • 01 8000 514 514
Email: servicioalcliente@acesco.com

Síguenos en: • **www.acesco.com.co**

PAVCO wavin

Manual Técnico
Tubosistemas
PRESIÓN PVC



orbia
Advancing life together

Manual Técnico
Tubosistemas
PRESIÓN PVC

CONTENIDO

Tubosistemas Presión PVC PAVCO WAVIN

Descripción 5
Normas 5
Ventajas 5
Propiedades Químicas 6
Resistencia a la Presión 6
¿Qué es RDE? 6
Portafolio de Producto 7
Tuberías Presión PAVCO WAVIN 7
Accesorios Presión PAVCO WAVIN 7
Soldadura PAVCO WAVIN Solda Max PVC 10
Construcción y Distribución de Agua Recuperada 12
Tubería Presión Ultratemp CPVC Plus PAVCO WAVIN 13
Accesorios Presión Ultratemp CPVC Plus PAVCO WAVIN 13
Guía de instalación 14
Transporte y almacenamiento 14
Soportes 14
Transición de tuberías PAVCO WAVIN a otros materiales 15
Instalación subterránea 15
Instalación a la intemperie 16
Instalación de calentador de tanque 16
Instalación de calentador de paso a gas 16
Golpe de ariete 17
Comportamiento en condiciones extremas 17
Comportamiento hidráulico 18
Puesta en servicio 20
Rotulado 21

Descripción

Los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN son fabricados de PVC (Policloruro de Vinilo).

Los Tubosistemas PVC Presión PAVCO WAVIN están diseñados para transportar agua para consumo humano a presión.

Este material garantiza la conservación de la calidad del agua ya que ha sido verificado de acuerdo a la ANSI/NSF 61 sin exceder los valores máximos establecidos de aluminio, antimonio, cobre, arsénico, bario, cadmio, cromo, plomo, mercurio, níquel, selenio y plata. Además la resina de PVC con que se fabrica ha sido certificada de tal forma que el cloruro de vinilo monómero residual es menor a 3,2mg/kg.

Los Tubosistemas PVC presión de PAVCO WAVIN son fabricados para ser unidos con cemento solvente. Los tubos vienen de extremo liso y los accesorios con campana.

Normas

Los Tubosistemas PVC Presión PAVCO WAVIN son fabricados bajo las normas NTC 382, Tubos de Policloruro de Vinilo (PVC) clasificados según la Presión (serie RDE), NTC 1339 Accesorios de (Poli Cloruro de Vinilo) (PVC) Schedule 40 y NTC 576 Cemento Solvente para Sistemas de Tubos plásticos de tubos de poli(cloruro de vinilo) (PVC).

Vida Útil:

La vida útil estimada es de 50 años.
Esta información no es garantía de producto dado que PAVCO WAVIN no ejerce control sobre todos los aspectos que se presentan en la instalación y que afectan directamente el desempeño y la vida útil del producto.

Ventajas

Además de las ventajas de los Tubosistemas PAVCO WAVIN, en la línea presión PVC PAVCO WAVIN se encuentran las siguientes ventajas:

Menores pérdidas de presión

La superficie interior de los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN es lisa, reduciendo considerablemente las pérdidas de presión por fricción. (Véase la Tabla de Pérdida de Presión).

Facilidad de Instalación

El sistema de unión de los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN consiste en conexiones soldadas. Este sistema de unión por medio de soldadura líquida, forma un conjunto homogéneo que desarrolla máxima resistencia en un mínimo de tiempo.

Como consecuencia la instalación es muy sencilla, rápida y segura. El equipo necesario es mínimo, no se necesitan tarrajas y basta una segueta o un serrucho para hacer los cortes.





Propiedades Químicas

Resistencia a la Corrosión Interna

Los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN resisten al ataque químico de la mayoría de los ácidos, álcalis, sales y compuestos orgánicos como alcoholes e hidrocarburos alifáticos dentro de los límites de temperatura y presión especificados en este manual por lo tanto elimina las desventajas de las tuberías metálicas que requieren revestimiento interno de vidrio o cerámica.

Resistencia a la Corrosión Externa

Los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN no son atacados por gases industriales, humedad, agua salada, condiciones climatéricas o condiciones del subsuelo.

Inmune a la acción electrolítica

Los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN son inmunes a los efectos galvánicos o electrolíticos y por lo tanto pueden usarse enterrados o sumergidos, en presencia de metales o conectados a ellos.

Libre de Olor, Sabor o Toxicidad

Los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN son inodoros, sin sabor y no tóxicos; estas propiedades los hace ideales para ser usados en la conducción de drogas y alimentos líquidos.

Químicamente Inerte

Los Tubosistemas PVC Presión de PAVCO WAVIN son inertes a la mayoría de los reactivos químicos, eliminando así la posibilidad de contaminación o modificación de las propiedades de los líquidos transportados. Para la conducción de líquidos especiales consulte directamente el Departamento Técnico de PAVCO WAVIN.

Resistencia a la presión

Los tubos y los accesorios no fallarán las pruebas de presión sostenida y de presión de rotura.

Material	Presión Sostenida 1000 horas		Presión Mínima de Rotura 90 segundos	
	Mpa	psi	Mpa	psi
Tubería PVC RDE 9	7.25	1050	11.03	1600
Tubería PVC RDE 11	5.80	840	8.82	1250
Tubería PVC RDE 13.5	4.62	670	6.89	1000
Tubería PVC RDE 21	2.90	420	4.34	630
Tubería PVC RDE 26	2.34	340	3.45	500
Tubería PVC RDE 32.5	1.86	270	2.76	400
Tubería PVC RDE 41	1.95	210	2.17	315

Tiempo de Fraguado	Esfuerzo Cortante		Presión Hidrostática	
	Mpa	psi	Mpa	psi
2 Horas	1.7	250	2.8	400
16 Horas	3.4	500		
72 Horas	6.2	900		

Accesorios PVC SCH 40	Presión Mínima de Rotura 90 segundos	
	Mpa	psi
1/2	13.17	1910
3/4	10.62	1540
1	9.93	1440
1.1/4	8.14	1180
1.1/2	7.31	1060
2	6.14	890
2.1/2	6.69	870
3	5.79	840
4	4.90	710
6	3.86	560

¿Que es RDE?

Cuando se empezaron a producir las primeras tuberías de PVC en el mundo las únicas normas que se conocían para tubos eran las de tuberías metálicas, que las clasificaban por calibres. V. gr.calibre 40 o calibre 80, etc., y lógicamente las tuberías de PVC que salieron al mercado venían clasificadas en la misma forma y con los mismos espesores de pared.

Posteriormente, los productores reconocieron que el sistema de calibres -para los diámetros pequeños- está basado en la profundidad de la rosca. Además, en ese sistema la presión de trabajo permitida disminuye a medida que aumenta el diámetro de la tubería. Estos dos factores impulsaron a los productores, junto con los institutos de normalización, a crear una base de diseño más racional para las tuberías de PVC.

Como resultado, se obtuvo una norma basada en la relación del diámetro del tubo y el espesor de la pared, conocida con el nombre de la RDE. En esta norma, la presión de trabajo permitida para la tubería de un RDE dado es constante independientemente del diámetro de la misma. La norma está basada en la fórmula ISO (International Standards Organization) en la cual:

Fórmula:

$$\frac{2S}{P} = R - 1 \quad \text{ó} \quad \frac{25}{P} = \frac{D}{t} - 1$$

Donde:

- S: La tensión de trabajo del material
- P: La presión hidrostática permitida
- D: El diámetro exterior
- t: El espesor de la pared del tubo
- R: RDE, relación diámetro espesor

Basados en esta fórmula, PAVCO WAVIN S.A. produce tuberías de PVC RDE 9 , RDE 11, RDE 13.5, RDE 21, RDE 26, RDE 32.5 y RDE 41 para presiones de trabajo de 35.15, 28.12, 22.14, 14.06, 11.25, 8.79 y 7.03 kg/cm^2 respectivamente, y accesorios de PVC RDE 21 para 14.06 kg/cm^2 a 22ºC.

Tuberías Presión PAVCO WAVIN

RES 0501 NTC 382

Diámetro Nominal		Referencia	Peso	Diámetro Exterior Promedio		Espesor de Pared Mínimo		Diámetro Interior Promedio
mm	pulg.		g/m	mm	pulg.	mm	pulg.	mm
RDE 9 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 500 PSI								
21	1/2	2900266	218	21.34	0.84	2.37	0.09	16.60
RDE 11 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 400 PSI								
26	3/4	2900210	304	26.67	1.05	2.43	0.09	21.81
RDE 13.5 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 315 PSI								
21	1/2	2902449	157	21.34	0.84	1.58	0.06	18.18
33	1	2900213	364	33.40	1.31	2.46	0.09	28.48
RDE 21 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 200 PSI								
26	3/4	2900237	189	26.7	1.05	1.52	0.06	23.63
33	1	2900220	252	33.4	1.31	1.60	0.06	30.20
42	1.1/4	2900225	395	42.2	1.66	2.01	0.08	38.14
48	1.1/2	2902450	514	48.3	1.90	2.29	0.09	43.68
60	2	2902453	811	60.3	2.37	2.87	0.11	54.58
73	2.1/2	2900230	1185	73.0	2.87	3.48	0.14	66.07
88	3	2900233	1761	88.9	3.50	4.24	0.17	80.42
114	4	2900240	2904	114.3	4.50	5.44	0.21	103.42
168	6	2904616	5835	168.3	6.62	8.03	0.32	152.22
RDE 26 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 160 PSI								
60	2	2900246	655	60.3	2.37	2.31	0.09	55.70
73	2.1/2	2900248	964	73.0	2.87	2.79	0.11	67.45
88	3	2900251	1438	88.9	3.50	3.43	0.13	82.04
114	4	2900254	2376	114.3	4.50	4.39	0.17	105.52
168	6	2904617	4759	168.3	6.62	6.48	0.25	155.32
RDE 32.5 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 125 PSI								
88	3	2900256	1157	88.9	3.50	2.74	0.11	83.42
114	4	2900258	1904	114.3	4.50	3.51	0.14	107.28
RDE 41 PVC Presión de Trabajo a 23ºC: 100 PSI								
114	4	2900261	1535	114.3	4.50	2.79	0.11	108.72

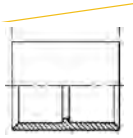
Para Tuberías de 8“, 10“, 12“, 14“, 16“, 18“ y 20“ de diámetro véase nuestro Manual Técnico Unión Platino. La longitud normal de los tramos es de 6mt. La Tubería no debe roscarse.

Accesorios Presión PAVCO WAVIN

RES 0501 NTC 1339

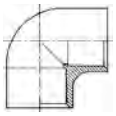
Shedule 40 PVC Tipo 1, Grado 1

Presión Nominal de Trabajo a 23ºC			
pulg.	PSI	pulg.	PSI
1/2	600	2	280
3/4	480	2.1/2	300
1	450	3	260
1.1/4	370	4	220
1.1/2	330	6	180



Uniones

Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
21	1/2	2901635
26	3/4	2901661
33	1	2901616
42	1.1/4	2901626
48	1.1/2	2901621
60	2	2901642
73	2.1/2	2901647
88	3	2901654
114	4	2901667
168	6	2904613



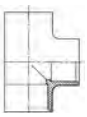
Codos 90º

Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
21	1/2	2901122
26	3/4	2901144
33	1	2901105
42	1.1/4	2901114
48	1.1/2	2901110
60	2	2901127
73	2.1/2	2901132
88	3	2901137
114	4	2901149
168	6	2904611



Codos 45º

Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
21	1/2	2901074
26	3/4	2901096
33	1	2901064
42	1.1/4	2901073
48	1.1/2	2901069
60	2	2901083
73	2.1/2	2901087
88	3	2901090
114	4	2901100
168	6	2904612



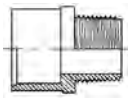
Tees

Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
21	1/2	2901468
26	3/4	2901519
33	1	2901481
42	1.1/4	2901490
48	1.1/2	2901486
60	2	2901503
73	2.1/2	2901508
88	3	2901513
114	4	2901524
168	6	2904610



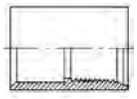
Tees Reducidas

Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
26 x 21	3/4 x 1/2	2901538
33 x 21	1 x 1/2	2901530
33 x 26	1 x 3/4	2901532



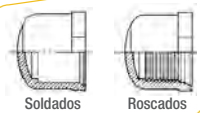
Adaptadores Macho

Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
21	1/2	2900779
26	3/4	2900802
33	1	2900762
42	1.1/4	2900771
48	1.1/2	2900767
60	2	2900784
73	2.1/2	2900790
88	3	2900794
114	4	2900807



Adaptadores hembra

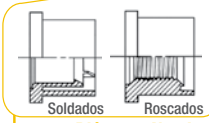
Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia
21	1/2 x 1/4	2900717
21	1/2 x 3/8	2900719
21	1/2	2900714
26	3/4	2900740
33	1	2900698
42	1.1/4	2900706
48	1.1/2	2900702
60	2	2900724
73	2.1/2	2900728
88	3	2900733
114	4	2900749



Tapones

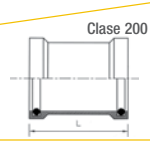
Diámetro Nominal mm	pulg	Referencia Soldados	Referencia Roscados
21	1/2	2901390	2901388
26	3/4	2901427	2901425
33	1	2901359	2901357
42	1.1/4	2901377	2901375
48	1.1/2	2901369	2901367
60	2	2901400	2901398
73	2.1/2	2901406	2901405
88	3	2901415	2901414
114	4	2901435	2901434
168	6	2904615	

Bujes Roscados / Soldados



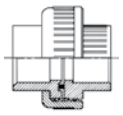
Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia Soldados	Referencia Roscados
21 x 13	1/2 x 1/4		2900918
21 x 17	1/2 x 3/8		2900921
26 x 21	3/4 x 1/2	2900995	2900990
33 x 21	1 x 1/2	2900849	2900846
33 x 26	1 x 3/4	2900858	2900854
42 x 21	1.1/4 x 1/2	2900906	2900903
42 x 26	1.1/4 x 3/4	2900914	2900910
42 x 33	1.1/4 x 1	2900898	2900895
48 x 21	1.1/2 x 1/2	2900882	2900878
48 x 26	1.1/2 x 3/4	2900890	2900887
48 x 33	1.1/2 x 1	2900866	2900863
48 x 42	1.1/2 x 1.1/4	2900875	2900871
60 x 21	2 x 1/2	2900952	2900950
60 x 26	2 x 3/4	2900959	2900956
60 x 33	2 x 1	2900928	2900924
60 x 42	2 x 1.1/4	2900945	2900942
60 x 48	2 x 1.1/2	2900937	2900933
73 x 48	2.1/2 x 1.1/2	2900966	2900964
73 x 60	2.1/2 x 2	2900971	2900969
88 x 60	3 x 2	2900979	2900976
88 x 73	3 x 2.1/2	2900986	2900984
114 x 60	4 x 2	2901003	2901001
114 x 73	4 x 2.1/2	2901009	2901007
114 x 88	4 x 3	2901014	2901011
168 x 114	6x4	2904614	

Unión de reparación deslizante



Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia
21	1/2	2903399
26	3/4	2903401
33	1	2903397
48	1.1/2	2903398
60	2	2903400

Universales



Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia
21	1/2	2901679
26	3/4	2901685
33	1	2901672
42	1.1/4	2901801
48	1.1/2	2901802
60	2	2901800

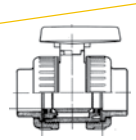
* Válvula de Pie



Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia
42	1.1/4	2901708

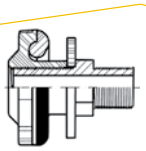
* No amparadas bajo sello NTC 1339

Válvulas Universales



Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia Soldada	Referencia Roscada
21	1/2	2903408	2903407
26	3/4	2903414	2903413
33	1	2903403	2903402
48	1.1/2	2903406	2903405
60	2	2903410	2903409

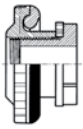
Entrada de Tanque



Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia
*21	1/2	2901253
21	1/2	2901254

* Para tanques de asbesto - cemento

Salida de Tanque



Diámetro Nominal mm	Diámetro Nominal pulg	Referencia
*33	1	2901277
21	1	2901278

* Para tanques de asbesto - cemento

Accesorios Roscados


Tee Pre Rosc/Sold PVC


Niple Rosc PVC Presión


Codo 90º Rosc/Sold PVC


Tapón macho Rosc PVC

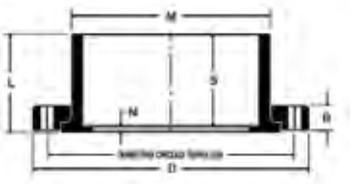
Diámetro Nominal Pulg	Referencia
1/2	2901808
1/2	2901792
1/2	2901791
1/2	2901793

Cinta Sellante

Medida (mm)	Referencia
12 x 12	2908186
18 x 20	2908187
18 x 50	2909556
24 x 50	2909557

Brida Ajustable de PVC SCH 80





Características y Ventajas

- Ideal para hacer transiciones de PVC a otros materiales.
- Unión resistente a la tensión.
- Ajustable para fijar el enfrentamiento de los orificios de las bridas a empatar.
- Presión de trabajo 150 psi a 23°C.
- Unión soldable.

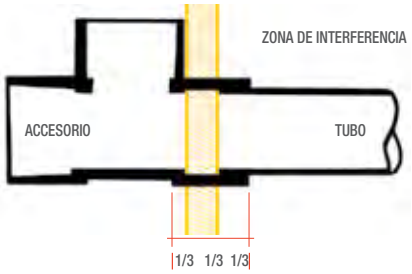
Referencia	Diámetro Nominal	D mm	L mm	M mm	N mm	S mm	R mm
2903783	3	188.91	53.98	105.57	3.18	49.21	23.02
2903784	4	229.39	66.68	133.35	3.18	58.74	26.99
2903785	6	278.61	81.76	192.09	3.18	78.58	30.96

Referencia	Diámetro Nominal	Diám.del círculo de los tornillos	Diám. del orificio de los tornillos	Núm. de los orificios de los tornillos	Diámetro de los tornillos	Largo mín. de los tornillos*	Peso
		mm	pulg.	un	pulg.	pulg.	kg.
2903783	3	152.40	3/4	4	5/8	3.1/4	0.73
2903784	4	190.50	3/4	8	5/8	3.1/2	1.14
2903785	6	241.30	31/32	8	3/4	4	1.76

*** El largo fue calculado usando 2 bridas de PVC, puede variar dependiendo de la otra brida o accesorio**

Soldadura PAVCO WAVIN Soldamax PVC

Soldadura Líquida PVC



El único sistema para unir Tuberías y Accesorios PAVCO WAVIN es a base de soldadura líquida que proporciona uniones más seguras y resistentes. Siga las instrucciones:

1. Use la soldadura correcta; Soldadura líquida PAVCO WAVIN para Tuberías de PVC y Soldadura Líquida PAVCO WAVIN CPVC para Tuberías de agua caliente.

Importante:
No confunda las dos soldaduras.

2. Antes de aplicar la soldadura pruebe la unión del tubo y el accesorio. El tubo no debe quedar flojo dentro del accesorio. En caso de que ocurra, pruebe con otro tubo u otro accesorio.

3. No olvide limpiar el extremo del tubo y la campana del accesorio con Limpiador Removedor PAVCO WAVIN. Esto debe hacerse aunque aparentemente estén perfectamente limpios.

4. Aplique la soldadura generosamente en el tubo y muy poca en la campana del accesorio, con una brocha de cerda natural o con el aplicador que viene en el tarro. No use brocha de nylon u otras fibras sintéticas. La brocha debe tener un ancho igual a la mitad del diámetro del tubo que se está instalando.

5. En una unión bien hecha debe aparecer un cordón de soldadura entre el accesorios y el tubo, el cual no debe ser retirado. Sin embargo tenga cuidado de no aplicar soldadura en exceso, pues puede quedar activa en el interior del tubo debilitando la pared de este.

6. Toda la operación desde la aplicación de la soldadura hasta la terminación de la unión no debe tardar más de un minuto.

7. Deje secar la soldadura 1 hora antes de mover la Tubería y espere 24 horas para PVC y 48 para CPVC antes de someter la línea a la presión de prueba. En el caso de Conduit de PVC, a los 5 minutos de efectuada la unión está listo para usar, aunque la fusión total demora varias horas en realizarse.

8. No haga la unión si el tubo o el accesorio están húmedos. No permita que el agua entre en contacto con la soldadura líquida. No trabaje bajo la lluvia.

9. El tarro de soldadura líquida debe permanecer cerrado excepto cuando se está aplicando la soldadura.

10. Al terminar limpie la brocha en un poco de Limpiador Removedor PAVCO WAVIN. Al reusar seque bien la brocha antes de introducirla en la soldadura.

11. No diluya la soldadura con limpiador. Son incompatibles.

12. Al instalar Tubería de PVC en los calentadores de agua, déjese el paral de tubería metálica a la entrada del calentador.

Soldadura Líquida PVC

Soldadura Líquida PVC			*Soldadura Líquida para Agua Caliente			*Limpiador PAVCO WAVIN Limpiamax	
Especialmente formulada para soldar Tuberías de PVC. Las uniones hechas en soldadura líquida son más resistentes que la misma Tubería.			**Especialmente formulada para soldar Tuberías de CPVC. Importante: No se pueden intercambiar los dos tipos de soldadura.**			**Especialmente formulada para limpiar y aislar las superficies que se van a soldar. Se utiliza para Tuberías de PVC y CPVC.**	
Contenido		**Referencia**	**Contenido**		**Referencia**	**Contenido**	**Referencia**
1/128	Gal.	2902802	1/128	Gal.	2902791	28 gr (1/128 Gal.)	2902735
1/64	Gal.	2902810	1/64	Gal.	2902799	56 gr (1/64 Gal.)	2902738
1/32	Gal.	2902805	1/32	Gal.	2902795	112 gr (1/32 Gal.)	2902736
1/16	Gal.	2902806	1/16	Gal	2902793	300 gr (12 Onzas)	2902739
1/8	Gal.	2902812	1/8	Gal.	2902801	760 gr (1/4 Gal.)	2902737
1/4	Gal.	2902808	1/4	Gal	2902797		

*No amparadas bajo sello NTC 576

Rendimiento de Soldadura Líquida PVC-CPVC por cuarto de galón

Nominal		Número de piezas soldadas		
mm	**pulg.**	**Soldaduras simples**	**Codos**	**Tees**
21	1/2	760	380	253
26	3/4	430	215	143
33	1	320	160	106
42	1.1/4	230	115	76
48	1.1/2	170	85	56
60	2	90	45	30
73	2.1/2	80	40	26
88	3	65	32	22
114	4	45	22	15
168	6	30		

Conducción y Distribución de Agua Recuperada



El agua, el componente fundamental de la vida

Nuestro planeta esta formado por tres cuartas partes de agua pero solo el 0.1% es disponible para el consumo humano.

El principal objetivo de recolectar aguas pluviales es estimular el consumo inteligente del agua en el interior de las construcciones. El uso de aguas grises proporciona un método de reciclaje que puede ser de gran ayuda para reducir el gasto de agua. De esta manera se alivia la presión sobre los servicios municipales, ahorrando dinero y recursos naturales.

Los sistemas de aguas recuperadas son una opción eficiente para una gran variedad de aplicaciones. El agua es recolectada desde lavaderos, duchas, lavamanos, lavadoras y cubiertas; es almacenada en un tanque de retención donde pasa por un proceso de filtrado y luego se distribuye a través de una clase de tubería de color púrpura (el estándar de la industria para sistemas de agua reciclada) que esta diseñada para esta aplicación, como agua recuperada no potable para el lavado de ropa, aseo y sistemas de riego entre otras aplicaciones. Así se suple más del 50% de la demanda de agua potable en baños, lavaderos e irrigación.

Portafolio de Productos

Tubería agua recuperada extremo liso (tubos de 6m).

Portafolio de Productos

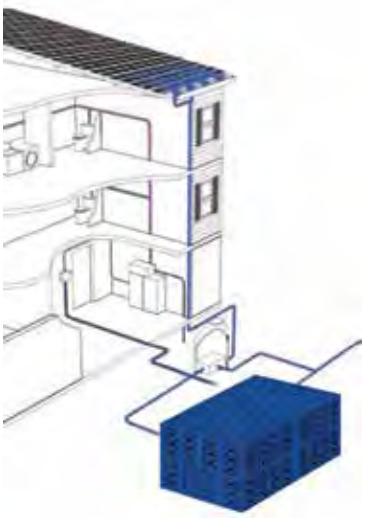
Referencia	Diámetro	RDE	UNIDAD
2905818	1/2	9	6 m
2905812	3/4	11	6 m
2905813	1	13.5	6 m
2905814	1.1/4	21	6 m
2905815	1.1/2	21	6 m
2905816	2	21	6 m

Accesorios

Para el sistema de conducción de aguas recuperadas aplican los mismos accesorios de la línea tubosistemas presión PAVCO WAVIN.

Principales usos y aplicaciones del agua recuperada

- Irrigación de campos de golf, parques, propiedades residenciales y otras áreas verdes.
- Irrigación agrícola.
- Usos industriales, incluyendo lavados de equipos, agua para enfriamento y procesamiento de agua.
- Sanitarios.
- Limpieza de zonas duras y pisos.



Los profesionales de plomería pueden instalar un sistema completo de aguas recuperadas usando las mismas herramientas que utilizan en la aplicación de los tubosistemas PAVCO WAVIN, con la misma facilidad de diseño e instalación.

A largo plazo este reciclaje de agua representa un beneficio a la comunidad ya que pueden continuar creciendo mientras minimizan su impacto en los recursos hídricos disponibles.

Transporte y Almacenamiento

- Los tramos de tubería deben almacenarse en forma horizontal usando una superficie plana o bloques de madera que permitan que el apoyo sea de 9 cm de ancho y espaciados un máximo de 1.50 m.
- Durante el transporte los tubos deben amarrarse para protegerlos, usando amarres no metálicos. No debe ponerse carga adicional sobre tubos.
- Para almacenamiento en obra deben separarse los tubos por tamaño y arrumarse en alturas de máximo 1.50 m de alto.
- Cuando la tubería va a estar expuesta al sol, debe protegerse con un material opaco, manteniendo adecuada ventilación.
- Durante el cargue y descargue de los tubos no los arroje al piso ni los golpee.
- La soldadura líquida no debe someterse a extremos de calor o de frío y el sitio debe estar bien ventilado ya que la soldadura es inflamable.

Soportes

El soporte adecuado para la Tubería es muy importante para obtener buenos resultados. En la práctica, la distancia entre soportes depende del tamaño de la tubería, la temperatura, el espesor de la pared del tubo, etc. La tabla siguiente indica el espaciamiento de los soportes recomendados. Los soportes no deben aprisionar la Tubería e impedir los movimientos longitudinales necesarios debidos a las expansiones térmicas.

La fijación rígida es únicamente aconsejable en las válvulas y los accesorios colocados cerca de los cambios fuertes de dirección. Con excepción de las uniones, todos los accesorios deben soportarse individualmente y las válvulas deben anclarse para impedir el torque en la línea.

Los tramos verticales deben ser guiados con anillos o pernos en U. No debe tenderse una línea de Tubería de PVC o CPVC, contigua a una línea de vapor o a una chimenea.

Tabla de Espaciamiento de Soportes

Distancia en metros entre soportes recomendada para distintas temperaturas

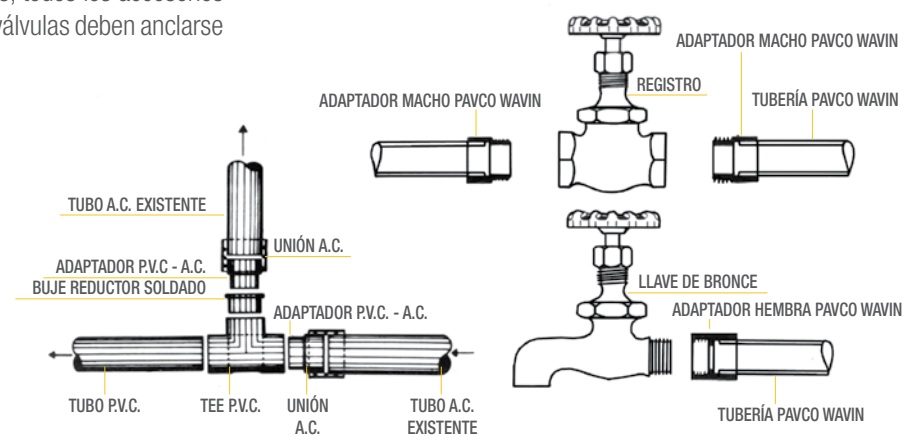
Diámetro Nominal		PVC - RDE 21				PVC - RDE 26			
		15°C	27°C	38°C	50°C	15°C	27°C	38°C	50°C
mm	pulg.								
21	1/2								
26	3/4	1.20	1.05	0.90	0.60				
33	1	1.20	1.20	1.05	0.60				
42	1.1/4	1.35	1.35	1.20	0.75				
48	1.1/2	1.65	1.50	1.35	0.90				
60	2	1.65	1.50	1.35	0.90	1.35	1.20	1.20	0.90
73	2.1/2	2.05	1.90	1.75	1.05	1.50	1.50	1.35	0.90
88	3	2.05	1.90	1.75	1.05	1.65	1.65	1.35	0.90
114	4	2.25	2.10	1.95	1.35	1.80	1.65	1.50	1.05
168	6	2.50			2.30				

Estos espacios se refieren a tubería sin aislamiento, transportando líquidos con peso específico hasta 1.35g/cm^3

Para líneas con aislamiento, redúzcanse los espacios en 20%

Transición de Tuberías PAVCO WAVIN a otros materiales

PAVCO WAVIN ofrece dos tipos de unión a otras clases de tubería: Adaptadores macho o hembra con rosca para unir a tubería y accesorios galvanizados o de cobre. (Ver figura). Adaptadores PVC AC para conectar a tuberías de asbesto - cemento.



Instalación Subterránea

Proporcione una zanja suficientemente amplia para permitir un relleno apropiado alrededor de la tubería; la profundidad de la zanja no es muy crítica pero se recomienda 60 cms. mínimo. Si el fondo es de roca u otro material duro, debe hacerse una cama de arena gruesa o recebo (sin piedras) de 10 cms. El fondo de la zanja debe quedar liso y regular para evitar flexiones de la tubería. La zanja debe mantenerse libre de agua durante la instalación y hasta rellenar suficientemente para impedir la flotación de la misma.

El material de relleno de la zanja debe estar libre de rocas u otros objetos punzantes; debe evitarse el rellenar con materiales que no permitan una buena compactación.

Por lo general es conveniente ensamblar la tubería en secciones al nivel del terreno, del lado opuesto a donde está el material de excavación y luego bajarla al fondo de la zanja. Debe tenderse la línea en forma de zig-zag (un ciclo cada 12 mts. es satisfactorio) para permitir las contracciones, especialmente si se trabaja en un día muy caluroso.

Generalmente se hace la prueba de presión antes de rellenar, si se rellena antes de hacer la prueba deben dejarse todas las uniones expuestas. En todo caso, la prueba no debe hacerse antes de 24 horas de haber soldado las uniones.

Instalación a la Interperie

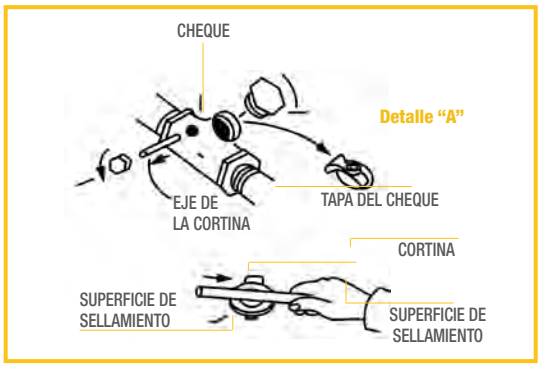
Cuando la tubería va a estar expuesta a la radiación solar, debe cubrirse con un techo opaco o protegerse con una pintura que cumpla con las siguientes características:

- No debe necesitar solvente o tener base thinner. Esta sustancia no se comporta bien con el PVC
- Debe tener un componente reflectivo como el aluminio o similar
- Debe asegurarse la adherencia al PVC con la aplicación directa o a través de la aplicación de un “primer”
- Antes de pintar la tubería debe prepararse la superficie para asegurar la adherencia; lijar suavemente en seco, limpiar con limpiador PAVCO WAVIN y aplicar la pintura.

Instalación de Calentador de Tanque

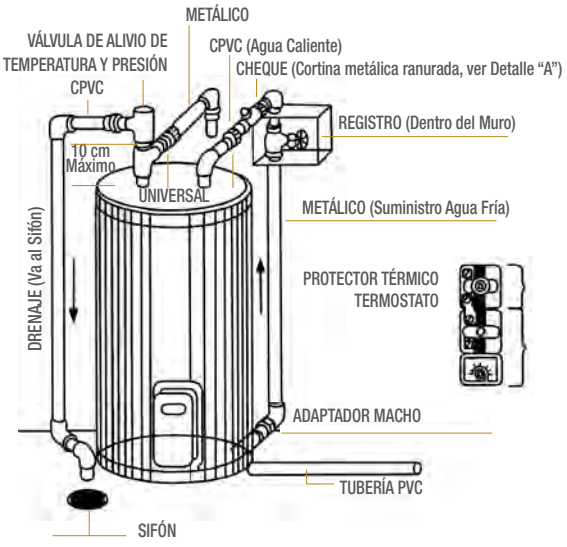
Evite toda posibilidad de explosión en su calentador.

Cerciórese que la instalación tenga los accesorios de seguridad indispensables. (Norma Icontec Código Nº 888)



Detalle “A”:

1. Desarme el cheque que va a la entrada de agua fría del calentador (No necesita desenroscarlo de la Tubería).
2. Pase la segueta (sierra) una sola vez por la mitad de la cortina, sobre la superficie de sellamiento de la misma para producir una única y fina ranura.
3. Ensamble el cheque con la cortina ranurada.

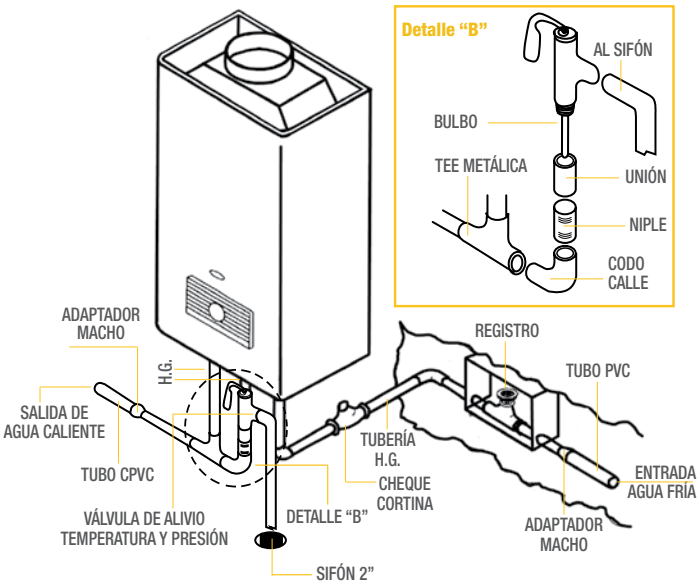


Instalación de Calentador de Paso a Gas

Evite toda posibilidad de daños en su sistema de suministro de agua caliente.

Cerciórese que la instalación tenga los accesorios de seguridad indispensables.

- El bulbo de la válvula debe estar en contacto con el fluído.
- Es conveniente prever sifón para permitir el drenaje de la válvula. (Norma Icontec Código Nº 888)



Golpe de Ariete

Una columna de líquido moviéndose tiene cierta inercia, que es proporcional a su peso y a su velocidad.

Cuando el flujo se detiene rápidamente, por ejemplo al cerrar una válvula, la inercia se convierte en un incremento de presión. Entre más larga la línea y más alta la velocidad del líquido, mayor será la sobrecarga de presión.

Estas sobrepresiones pueden llegar a ser lo suficientemente grandes para reventar cualquier tipo de Tubería. Este fenómeno se conoce con el nombre de "Golpe de Ariete".

Las principales causas de este fenómeno son:

1. La apertura y el cierre rápidos de una válvula.
2. El arranque y la parada de una bomba.
3. La acumulación y el movimiento de bolsas de aire dentro de las Tuberías.
   Al cerrar una válvula, la sobrepresión máxima que se puede esperar se calcula así:

Fórmula:

$$P = \frac{aV}{g} \quad \text{con:} \quad a = \frac{1420}{\sqrt{1+(K/E)\,(RDE-2)}}$$

Donde:

P: Sobre presión máxima en metros de columna de agua, al cerrar brúscamente la válvula

a: Velocidad de la onda (m/s)

V: Cambio de velocidad del agua (m/s)

g: Aceleración de la gravedad = 9.81 m/s^2

K: Módulo de compresión del agua = 2.06×10^4 Kg/cm^2

E: Módulo de elasticidad de la tubería (2.81×10^4 Kg/cm^2 para PVC Tipo 1 Grado 1)

RDE: Relación diámetro exterior/espesor mínimo.

Valores de "a" en Función del RDE

RDE	a (m/s)
9	573
11	515
13.5	390
21	368
26	330
32.5	294
41	261

Un efecto no muy conocido pero mucho más perjudicial para las tuberías es el del aire atrapado en la línea.

El aire es compresible y si se transporta con el agua en una conducción este puede actuar como un resorte, comprimiéndose y expandiéndose aleatoriamente.

Se ha demostrado que estas compresiones repentinas pueden aumentar la presión en un punto, hasta 10 veces la presión de servicio.

Para disminuir este riesgo se deben tomar las siguientes precauciones:

1. Mantener siempre baja la velocidad, especialmente en diámetros grandes. Durante el llenado de la Tubería, la velocidad no debe ser mayor de 0.3 m/seg. hasta que todo el aire salga y la presión llegue a su valor nominal.

2. Instalar ventosas de doble efecto, en los puntos altos, bajos y a lo largo de tramos rectos, muy largos, para purgar el aire y permitir su entrada cuando se interrumpe el servicio.
3. Durante la operación de la línea, prevenir la entrada del aire en las bocatomas, rejillas, etc., de manera que el flujo de agua sea continuo.

Comportamiento en condiciones extremas

- El PVC es un material termoplástico que puede ser fundido aplicando calor, de tal forma que nunca debe instalarse, almacenarse o someterse a una fuente de calor que pueda deformarlo. La temperatura máxima a que puede transportar agua es de 60°C.

- No aplique solventes ni someta la tubería a contacto con estos.

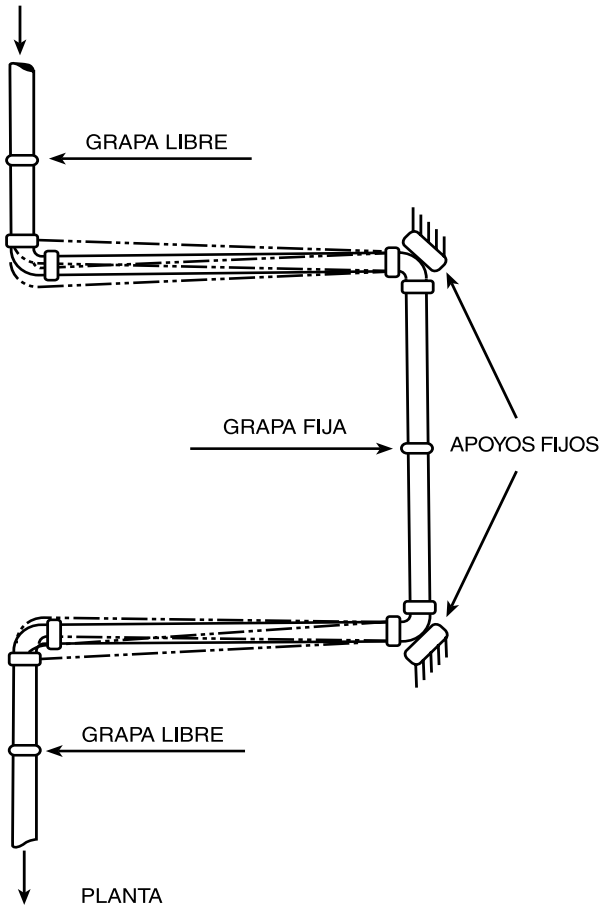
- No someta la tubería a contacto directo con elementos punzantes, tales como herramientas metálicas o piedras angulosas mayores a 3/4".

- Consulte con nosotros condiciones especiales no cubiertas por este manual en los teléfonos que aparecen en la contraportada de este manual.

Comportamiento Hidráulico

Efecto de la temperatura en la presión de trabajo

Como la resistencia del PVC disminuye a medida que aumenta la temperatura de trabajo es necesario disminuir la presión de diseño a temperaturas mayores, con tal fin damos a continuación los factores de corrección para las distintas temperaturas.



Unión de Expansión

Temperatura °C (°F)	Factor para multiplicar presión Trabajo 23°C
27 (80)	0.88
32 (90)	0.75
38 (100)	0.62
43 (110)	0.50
49 (120)	0.40
54 (130)	0.30
60 (140)	0.22

Tomado de Handbook of PVC Pipe Unibell

Dilatación de la temperatura de PVC

La fórmula para calcular la expansión de la tubería de PVC es:

Fórmula:

$$\Delta L = C\,(T_2 - T_1)\,L$$

Donde:

- ΔL: Expansión en centímetros
- C: Coeficiente de expansión 8.5×10^{-5} cm/cm/ºC para PVC
- T_2: Temperatura máxima
- T_1: Temperatura mínima
- L: Longitud de la tubería en cm

Ejemplo:

¿Cual es la dilatación que debe esperarse en un tramo de tubería PVC de 45 m de largo instalado a 15ºC y trabajando a 25ºC?

Solución:

$$\Delta L = 8.5 \times 10^{-5} \times (25 - 15) \times 4500$$

$$\Delta L = 3.825 \text{ cm}$$

Recuerde permitir contracciones cuando la tubería está expuesta a temperaturas mucho más bajas que la temperatura de la instalación.

Cuando el cambio total de temperatura es menor de 15°C no es necesario hacer provisión especial para la expansión térmica, sobre todo cuando la línea tiene varios cambios de dirección y por lo tanto proporciona su propia flexibilidad. Debe tenerse cuidado, sin embargo, cuando la línea tiene conexiones roscadas, pues estas son más vulnerables a las fallas por flexión que las uniones soldadas.

Cuando los cambios de temperatura son considerables, hay varios métodos para proveer la expansión térmica. El más común, es hacer “uniones de expansión” a base de codos y un tramo recto de tubería unidos con Soldadura Líquida. Para diámetros mayores de 2” se puede utilizar la unión de reparación Unión Platino (ver Manual Técnico Unión Platino de PAVCO WAVIN), fijando todos los cambios de dirección.

Pérdida de Presión

Según la ecuación de Hazen & Williams $hf = 10{,}64 \frac{LQ^{1.85}}{D^{4.86} C^{1.85}}$

hf: pérdidas por fricción en columna de agua, m
D: diámetro interno de la tubería, m
Q: Caudal en m^3/s
L: longitud de la tubería, m
C: coeficiente que depende del materia de la tubería

Pérdidas por Fricción m/m

Pérdidas por Fricción m/m

Q	1/2" RDE		3/4" RDE		1" RDE		1.1/4" RDE	1.1/2" RDE	2" RDE		2.1/2" RDE		3" RDE				4" RDE				6" RDE	
l/s	9	13.5	11	21	13.5	21	21	21	21	26	21	26	21	26	32.5	41	21	26	32.5	41	21	26
0,1	0,0188	0,0184	0,0050	0,0034	0,0014	0,0010																
0,2	0,0679	0,0663	0,0180	0,0122	0,0049	0,0037																
0,3	0,1437	0,1404	0,0380	0,0257	0,0104	0,0078	0,0025	0,0022														
0,4	0,2448	0,2391	0,0648	0,0438	0,0177	0,0133	0,0043	0,0033														
0,5	0,3698	0,3613	0,0979	0,0662	0,0267	0,0201	0,0064	0,0047														
0,6	0,5182	0,5062	0,1371	0,0928	0,0374	0,0281	0,0090	0,0062	0,0021	0,0019												
0,7	0,6892	0,6733	0,1824	0,1235	0,0497	0,0374	0,0120	0,0079	0,0027	0,0024												
0,8	0,8823	0,8619	0,2335	0,1581	0,0637	0,0479	0,0154	0,0099	0,0033	0,0030												
0,9	1,0972	1,0718	0,2904	0,1965	0,0792	0,0595	0,0191	0,0120	0,0041	0,0037												
1,0	1,3333	1,3024	0,3529	0,2388	0,0962	0,0723	0,0232	0,0143	0,0048	0,0044	0,0019	0,0017										
1,1	1,5904	1,5536	0,4209	0,2849	0,1148	0,0863	0,0277	0,0168	0,0057	0,0051	0,0022	0,0020										
1,2	1,8681	1,8249	0,4944	0,3346	0,1348	0,1013	0,0325	0,0195	0,0066	0,0060	0,0026	0,0023										
1,3			0,5733	0,3880	0,1563	0,1175	0,0377	0,0223	0,0075	0,0068	0,0030	0,0027										
1,4			0,6576	0,4451	0,1793	0,1348	0,0432	0,0254	0,0086	0,0078	0,0034	0,0031										
1,5			0,7471	0,5057	0,2037	0,1531	0,0491	0,0286	0,0097	0,0088	0,0038	0,0034	0,0015	0,0013	0,0012	0,0003						
1,6			0,8418	0,5698	0,2295	0,1725	0,0554	0,0320	0,0108	0,0098	0,0043	0,0039	0,0016	0,0015	0,0014	0,0004						
1,7			0,9417	0,6374	0,2568	0,1930	0,0619	0,0356	0,0120	0,0109	0,0047	0,0043	0,0018	0,0017	0,0015	0,0004						
1,8			1,0468	0,7085	0,2854	0,2145	0,0688	0,0393	0,0133	0,0120	0,0052	0,0047	0,0020	0,0018	0,0017	0,0005						
1,9			1,1569	0,7830	0,3155	0,2371	0,0761	0,0432	0,0146	0,0132	0,0058	0,0052	0,0022	0,0020	0,0018	0,0005						
2,0			1,2720	0,8610	0,3469	0,2607	0,0836	0,0515	0,0174	0,0158	0,0069	0,0062	0,0026	0,0024	0,0022	0,0006						
2,2					0,4137	0,3110	0,0998	0,0605	0,0205	0,0185	0,0081	0,0073	0,0031	0,0028	0,0026	0,0007						
2,4					0,4860	0,3653	0,1172	0,0702	0,0237	0,0215	0,0094	0,0085	0,0036	0,0033	0,0030	0,0008	0,0011	0,0010	0,0009	0,0008		
2,6					0,5636	0,4236	0,1359	0,0805	0,0272	0,0246	0,0107	0,0097	0,0041	0,0037	0,0034	0,0009	0,0012	0,0011	0,0010	0,0009		
2,8					0,6464	0,4858	0,1559	0,0915	0,0309	0,0280	0,0122	0,0110	0,0047	0,0042	0,0039	0,0011	0,0014	0,0012	0,0012	0,0011		
3,0					0,7344	0,5519	0,1771	0,1217	0,0411	0,0372	0,0162	0,0147	0,0062	0,0057	0,0052	0,0014	0,0018	0,0017	0,0015	0,0014		
3,5					0,9767	0,7341	0,2355	0,1558	0,0526	0,0477	0,0208	0,0188	0,0080	0,0072	0,0067	0,0018	0,0023	0,0021	0,0020	0,0018		
4,0							0,3015	0,1937	0,0655	0,0593	0,0258	0,0233	0,0099	0,0090	0,0083	0,0023	0,0029	0,0026	0,0024	0,0023		
4,5							0,3749	0,2354	0,0795	0,0720	0,0314	0,0284	0,0120	0,0109	0,0101	0,0028	0,0035	0,0032	0,0030	0,0028		
5,0							0,4556	0,2808	0,0949	0,0859	0,0374	0,0338	0,0144	0,0130	0,0120	0,0033	0,0042	0,0038	0,0035	0,0033		
5,5							0,5435	0,3298	0,1114	0,1010	0,0440	0,0397	0,0169	0,0153	0,0141	0,0039	0,0050	0,0045	0,0041	0,0039		
6,0							0,6384	0,3824	0,1292	0,1171	0,0510	0,0461	0,0196	0,0178	0,0164	0,0045	0,0057	0,0052	0,0048	0,0045	0,0009	0,0008
6,5								0,4386	0,1482	0,1343	0,0585	0,0529	0,0224	0,0204	0,0188	0,0052	0,0066	0,0060	0,0055	0,0052	0,0010	0,0009
7,0								0,4984	0,1684	0,1525	0,0664	0,0601	0,0255	0,0231	0,0213	0,0059	0,0075	0,0068	0,0063	0,0059	0,0011	0,0010
7,5									0,1898	0,1719	0,0748	0,0677	0,0287	0,0261	0,0240	0,0066	0,0084	0,0077	0,0071	0,0066	0,0013	0,0012
8,0									0,2123	0,1923	0,0837	0,0757	0,0321	0,0292	0,0269	0,0074	0,0094	0,0086	0,0079	0,0074	0,0014	0,0013
8,5									0,2360	0,2137	0,0931	0,0842	0,0357	0,0324	0,0299	0,0082	0,0105	0,0095	0,0088	0,0082	0,0016	0,0014
9,0									0,2608	0,2362	0,1029	0,0930	0,0395	0,0358	0,0330	0,0091	0,0116	0,0105	0,0097	0,0091	0,0018	0,0016
9,5									0,2867	0,2597	0,1131	0,1023	0,0434	0,0394	0,0363	0,0100	0,0128	0,0116	0,0107	0,0100	0,0019	0,0018
10,0									0,3420	0,3098	0,1349	0,1220	0,0518	0,0470	0,0433	0,0119	0,0152	0,0138	0,0127	0,0119	0,0023	0,0021
11,0									0,4018	0,3639	0,1585	0,1433	0,0608	0,0552	0,0509	0,0140	0,0179	0,0162	0,0150	0,0140	0,0027	0,0025
12,0											0,1837	0,1662	0,0706	0,0640	0,0590	0,0162	0,0207	0,0188	0,0173	0,0162	0,0032	0,0029
13,0											0,2107	0,1906	0,0809	0,0734	0,0677	0,0186	0,0238	0,0216	0,0199	0,0186	0,0036	0,0033
14,0											0,2394	0,2165	0,0919	0,0834	0,0769	0,0212	0,0270	0,0245	0,0226	0,0212	0,0041	0,0037
15,0											0,2698	0,2440	0,1036	0,0940	0,0867	0,0239	0,0304	0,0276	0,0255	0,0239	0,0046	0,0042
16,0											0,3018	0,2729	0,1159	0,1052	0,0970	0,0267	0,0340	0,0309	0,0285	0,0267	0,0052	0,0047
17,0											0,3355	0,3034	0,1288	0,1169	0,1078	0,0297	0,0378	0,0343	0,0317	0,0297	0,0058	0,0052
18,0													0,1424	0,1292	0,1191	0,0328	0,0418	0,0379	0,0350	0,0328	0,0064	0,0058
19,0													0,1565	0,1421	0,1310	0,0361	0,0460	0,0417	0,0385	0,0361	0,0070	0,0063
20,0													0,1867	0,1694	0,1562	0,0430	0,0549	0,0497	0,0459	0,0430	0,0084	0,0076
22,0													0,2193	0,1990	0,1835	0,0505	0,0644	0,0584	0,0539	0,0505	0,0098	0,0089
24,0													0,2543	0,2308	0,2128	0,0586	0,0747	0,0678	0,0625	0,0586	0,0114	0,0103
26,0																	0,0857	0,0777	0,0717	0,0672	0,0130	0,0118
28,0																	0,0974	0,0883	0,0815	0,0763	0,0148	0,0134
30,0																	0,1295	0,1174	0,1083	0,1015	0,0197	0,0179
35,0																	0,1658	0,1503	0,1387	0,1300	0,0252	0,0229
40,0																					0,0381	0,0346
50,0																					0,0534	0,0484
60,0																					0,0711	0,0644
70,0																					0,0910	0,0825
80,0																					0,1131	0,1025
90,0																					0,1375	0,1246
100,0																					0,1640	0,1486
110,0																					0,1926	0,1746
120,0																						

Prueba Hidrostática

El propósito de esta prueba es verificar los materiales y la mano de obra.

El sistema en construcción debe probarse por tramos terminados, antes de completar todo el sistema. Debe tenerse en cuenta que el o los tramos a probar deben estar suficientemente cubiertos, los anclajes en accesorios suficientemente curados, 3 días al menos, y debidamente restringido el movimiento en los tapones de los extremos.

Llenado de la Tubería:

La tubería debe llenarse lentamente desde el punto más bajo de la línea. Debe calcularse la cantidad de agua necesaria para llenar la línea.

Expulsión de Aire:

Todo el aire debe ser expulsado de la línea durante la operación de llenado, antes de iniciar la prueba de presión. Se recomienda instalar válvulas automáticas de expulsión de aire o ventosas en los puntos altos del tramo a probar. La presencia de aire en la línea durante la prueba puede causar presiones excesivas debido a su compresión por el agua causando fallas a la tubería o dar errores en la prueba.

Para saber si una tubería que se está probando tiene aire atrapado, puede hacerse lo siguiente:

1. Presurice con agua a la presión deseada
2. Permita que la presión se reduzca a un cierto nivel
3. Mida la cantidad de agua requerida para llegar de nuevo a la presión deseada.
4. Repita los pasos 2 y 3.

Si la cantidad de agua requerida para presurizar la línea la segunda vez es significativamente menor que la requerida la primera vez, hay aire atrapado en la línea. Si no hay una diferencia significativa, hay probable fuga en la línea.

Prueba de Presión:

La presión de prueba puede ser del orden del 50% sobre la presión de operación. La presión de prueba no debe exceder la presión de diseño de la tubería, de los accesorios o de los anclajes. La presión debe ser controlada en el punto más bajo del tramo a probar que no debe ser mayor que la de diseño de la tubería.

Prueba de Hermeticidad

El propósito de esta prueba es verificar que no haya fugas en las uniones, conexiones a accesorios y otros elementos del tramo a probar.

La presión de trabajo del tramo puede ser la presión de prueba. Se mantiene esta presión por un periódo determinado de tiempo. El ajuste en volumen de agua necesario para mantener esa presión debe estar dentro de los valores permitidos por la ecuación siguiente:

Fórmula:

$$L = (N * D * P ^ {0.5}) / 7400$$

Donde:

- L: Permisibilidad de la prueba, gal/hr
- N: Número de uniones en el tramo, de tubería y accesorios
- D: Diámetro nominal de la tubería, pulgadas
- P: Presión promedio de la prueba, psi

El valor de L no es una aceptación de fugas, es un valor en el que se considera variables tales como aire atrapado en el tramo, asentamiento de los hidrosellos, pequeños embombamientos de la tubería, variaciones de temperatura, etc. Todas las fugas visibles deben ser reparadas.

Limpieza y Desinfección

1. Inyectar agua al tramo de la tubería a desinfectar, manteniendo destapada la salida. Dejar drenar para lavar la tubería.

2. Calcular el volumen de agua necesaria para llenar el tramo de tubería a desinfectar y determinar la cantidad de desinfectante a inyectar de tal forma que se garantice una concentración de 50mg/l de Cloro.

3. Inyectar agua potable al tramo a desinfectar, permitiendo que salga por el extremo de salida por unos minutos. Inyectar el desinfectante, bien sea con Cloro líquido o Hipoclorito de Sodio que garantice una concentración de 50mg/l. Este puede diluírse previamente en el agua de llenado o inyectarse separadamente. Dejar salir unos minutos más y taponar la salida y entrada, cuando se garantice la concentración de 50mg/l.

4. Dejar en reposo 24 horas, tiempo en el cual la concentración de Cloro debe estar mínimo en 25mg/l. Si está por debajo de este valor, debe agregarse más desinfectante.

5. Tomar una muestra de agua de la tubería en proceso de desinfección. Al analizarla en un laboratorio calificado para este fin, debe estar libre de microorganismos coliformes.

6. Dejar pasar otras 24 horas y tomar otra muestra haciendo el mismo ensayo.

7. Si los resultados son satisfactorios, debe evacuarse el agua de la desinfección y proceder a hacer la conexión definitiva.

Mantenimiento

El mantenimiento preventivo debe ser el estipulado por la Empresa de Servicios Públicos que opera el acueducto. Pueden usarse los equipos de inspección y limpieza usualmente dedicados a estas actividades.

Para mantenimiento correctivo, según sea el caso del daño específico, puede consultarse con PAVCO WAVIN en los teléfonos que aparecen en la contraportada de este manual.

Rotulado

Uso	Presión Agua Potable
País de origen y fabricante	PAVCO WAVIN - COLOMBIA
Material	PVC
Norma de fabricación	NTC 382
Diámetro nominal	Por Ejemplo IPS 4" (114mm)
Presión de trabajo	Por ejemplo RDE 21 200 psi (1.38 mPa)
Código trazabilidad	Planta (1 digito) año (2 digitos) mes (2 digitos) día (2 digitos) turno (1 digito) No. Máquina - (2 digitos) Línea (2 digitos)
Lote RT	Por ejemplo 001
Resolución	Por ejemplo 0501

PAVCO wavin



Accesorios de PVC SCHEDULE 40 marca PAVCO

NTC 1339 : 2006



Tubos y curvas de Poli (cloruro de vinilo)(PVC) para conducción de agua a presión marca PAVCO clasificados según la presión (Serie RDE)

NTC 382 : 2011

ESTE MANUAL TÉCNICO HA SIDO REVISADO Y APROBADO
POR LA GERENCIA DE PRODUCTO DE PAVCO WAVIN.

PRODUCTO NO BIODEGRADABLE.
NO INCINERE.
HAGA DISPOSICIÓN ADECUADA DE DESPERDICIOS.

Edición
Febrero de 2020
reemplaza a la de julio de 2019

PAVCO wavin

Certificado No. SC 036 - 1

Producción y venta de tuberías y accesorios de PVC, CPVC y polietileno, accesorios polipropileno; cementos solventes de PVC y CPVC; Cámaras y cajas de inspección de polietileno. Servicio de Rehabilitación de tuberías existentes

NTC ISO 9001 : 2015

Certificado No. SA 057 -1

Producción y venta de tuberías y accesorios de PVC, CPVC y polietileno de accesorios de PVC y CPVC y polipropileno, cementos solventes de PVC y CPVC; Cámaras y cajas de inspección de polietileno y Rehabilitación de tuberías existentes

NTC ISO 14001 : 2015

Certificado No. OS 033 - 1

Producción y venta de tuberías y accesorios de PVC, CPVC y polipropileno de cementos solventes de PVC y CPVC; Cámaras y cajas de inspección de polietileno y Rehabilitación de tuberías existentes

NTC OHSAS 18001 : 2007

BOGOTÁ
Autopista sur N°. 71-75 Bogotá D.C.
Conmutador: (57 1) 782 5000
Ext. 1101
Fax:(57 1) 782 5020

BARRANQUILLA
Conmutador: (57 5) 375 8100
Servicliente: 312 332 0041

CALI - YUMBO
Calle 10 N°. 31A - 153
Zona Industrial Arroyohondo
Conmutador: (57 2) 442 3444
Fax: (57 2) 666 4118, Yumbo

EJE CAFETERO
Carrera 17 N°. 5 - 58
Oficina 304, Pereira
Servicliente: 312 332 0025

MEDELLÍN - BELLO
Medellin Itagui
CALLE 27# 41-80
Centro Logístico Entrada Norte
Conmutador: (57 4) 325 6660

BUCARAMANGA
Calle 30 N°. 22 - 129
Oficina 1802, Floridablanca
Servicliente: 314 330 2331

Estamos cerca de nuestros clientes
01 8000 912 286

Diagramado por SADE Diseño y Producción.

Síguenos en:

PavcolWavin.co @PavcoWavinCo @pavcowavin.co Pavco Wavin Colombia PAVCO WAVIN COLOMBIA

www.pavcowavin.com.co

PAVCO wavin

Manual Técnico
Tubosistemas SANITARIA



orbia
Advancing life together

Manual Técnico
Tubosistemas
SANITARIA

CONTENIDO

Tubosistemas Sanitaria PVC PAVCO WAVIN

Descripción 5
Ventajas 5
Normas 6
Resistencia Química 7
Portafolio de Producto 8
Tuberías Sanitaria PAVCO WAVIN 8
Accesorios Sanitaria PAVCO WAVIN 9
Válvula Antiretorno 12
Grandes Diámetros 13
Soldadura 14
Especificaciones 15
Guía de instalación 16
Transporte y almacenamiento 16
Instalación 16
Juntas de expansión 19
Comportamiento en condiciones extremas 19
Puesta en servicio 20
Rotulado 20

Descripción

Los tubosistemas PVC Sanitaria de PAVCO WAVIN son fabricados de PVC (Policloruro de Vinilo).

Los Tubosistemas PVC Sanitaria PAVCO WAVIN están diseñados para transportar agua servida, residual doméstica, industrial o aguas lluvias y ventilación y cumplen con la resolución 0501 de 2017.

Los Tubosistemas PVC Sanitaria de PAVCO WAVIN son fabricados para ser unidos con cemento solvente. Los tubos vienen de extremo liso y los accesorios con campana.

Ventajas

Instalación en Primer Piso

La utilización de Tubosistemas PVC PAVCO WAVIN en instalaciones de primeras plantas para desagües sanitarios resulta especialmente práctica, puesto que se eliminan las cajas que serían necesarias cuando se usan otros tipos de tubería.

Un diseño ordinario con tubería PVC sólo contempla la utilización del adaptador de limpieza en los puntos de iniciación de la red, lo cual repercute además en la economía de la instalación.

Resistenten a la Corrosión

Los Tubosistemas de Sanitaria de PVC de PAVCO WAVIN son totalmente inmunes a los gases y líquidos corrosivos de los sistemas de desagüe. También son inertes a la acción de los productos químicos comunmente utilizados para destapar cañerías.

Paredes Lisas

Las paredes lisas de los desagües de PVC facilitan el flujo de los desechos, y por lo tanto rara vez se tupen. Además, los diámetros internos de los Tubosistemas Sanitaria de PVC son generalmente mayores que en los otros materiales. Estas dos cualidades permiten usualmente utilizar un diámetro inferior a una pendiente menor.

Livianas

Los Tubosistemas Sanitaria de PVC de PAVCO WAVIN son el material más liviano que existe para instalaciones de fontanería y el manejo de tubos largos es sumamente fácil.

Resistentes al Impacto

Los Tubosistemas Sanitaria de PVC de PAVCO WAVIN resisten los golpes que irremediablemente romperían las tuberías convencionales.

Facilidad de Instalación

La soldadura líquida para PVC es el adelanto más moderno en la fontanería. Con serrucho y brocha como únicas herramientas se hace en un minuto una unión perfecta tan sólida como el mismo tubo.

Prefabricación

La precisión a sus medidas y su peso reducido permiten - con los Tubosistemas Sanitaria de PVC - prefabricar en el taller árboles enteros de desagüe para luego instalarlos rápido y fácilmente en la obra.

Durabilidad

La tubería de PVC rígido ha estado en servicio por más de 50 años en usos industriales, acueductos y desagües. Esta tradición y experiencia garantizan la durabilidad y el buen servicio de la tubería de PVC rígido.

Auto-extinguibles

Las Tuberías PAVCO WAVIN no forman llama ni facilitan la combustión.

Prefabricación

La precisión de sus medidas y su peso reducido permiten con la Tubería Sanitaria PAVCO WAVIN, prefabricar en el taller árboles enteros de desagüe para luego instalarlos rápida y fácilmente.

Economía

Las Tuberías PAVCO WAVIN ofrecen economías considerables bajo varios aspectos:

a). Las Tuberías y los accesorios son más económicos diámetro por diámetro que los metálicos.

b). Por su coeficiente de fricción se pueden utilizar menores diámetros que con otras tuberías para igual caudal e igual velocidad.

c). El costo de la mano de obra de la instalación es muy reducido debido a la facilidad y rapidez de la soldadura líquida.

d). El costo de transporte es también más bajo debido a su peso liviano y facilidad de manejo.

e). El mantenimiento es mínimo pues no es necesario pintarlas para prevenir oxidaciones.

Normas

Los Tubosistemas PVC Sanitaria PAVCO WAVIN son fabricados bajo las normas NTC 1087, Tubos de Policloruro de Vinilo (PVC) Rígido para Uso Sanitario - Agua Lluvias y Ventilación; NTC 1341 Accesorios de Poli (Cloruro de Vinilo) (PVC) Rígido para Tubería Sanitaria - Aguas Lluvias y Ventilación y NTC 576 Cemento Solvente para Sistemas de Tubos plásticos de tubos de poli(cloruro de vinilo) (PVC).

Economía

Además de las ventajas enumeradas los Tubosistemas Sanitarios de PVC de PAVCO WAVIN son supremamente competitivos en costo.

Vida Útil

La vida estimada es de 50 años.

Esta información no es garantía de producto dado que PAVCO WAVIN no ejerce control sobre todos los aspectos que se presentan en la instalación y que afectan directamente el desempeño y la vida útil del producto.

Resistencia Química

Los resultados de su comportamiento se basan en inmersiones cortas en los compuestos descritos no diluídos. Esta información debe tomarse como una guía.

Resistencia a la Corrosión

E = Excelente B = Buena R = Regular NR = No Recomendable I = Información no Comprobada

Descripción	23°C	60°C	Descripción	23°C	60°C	Descripción	23°C	60°C
Aceite de Algodón	E	E	Acido Palmítico 10%	E	E	Carbonato de Sodio (S Asn)	E	E
Aceite de Risino	E	E	Acido Palmítico 70%	NR	NR	Celulosa	R	NR
Aceite de Linaza	E	E	Acido Peracético 40%	NR	NR	Cianuro de Cobre	E	E
Aceite de Lubricantes	E	E	Acido Perclórico 10%	E	E	Cianuro de Plata	E	E
Aceites Minerales	E	B	Acido Perclórico 70%	NR	NR	Cianuro de Potasio	E	E
Aceites y Grasas	E	B	Acido Pícrico	NR	NR	Cianuro de Sodio	E	E
Acetaldehído	NR	NR	Acido Selénico	I	I	Cianuro de Mercurio	B	B
Acetato de Amilo	NR	NR	Acido Silícico	E	E	Ciclohexano	NR	NR
Acetato de Butilo	NR	NR	Acido Sulfuroso	E	E	Ciclohexanol	NR	NR
Acetato de Etilo	NR	NR	Acido Sulfúrico 10%	E	E	Clorato de Calcio	E	E
Acetato de Plomo	E	E	Acido Sulfúrico 75%	E	E	Clorato de Sodio	I	I
Acetato de Sodio	E	E	Acido Sulfúrico 90%	NR	NR	Cloro (Acuoso) Z	E	NR
Acetato de Vinilo	NR	NR	Acido Sulfúrico 98%	NR	NR	Cloro (Húmedo)	E	R
Acetileno	I	I	Acido Tánico	E	E	Cloro (Seco)	E	NR
Acetona	NR	NR	Acido Tartárico	E	E	Clorobenceno	NR	NR
Acido Acético 80%	B	NR	Acidos Grasos	E	E	Cloroformo	NR	NR
Acido Acético 20%	E	NR	Acrilato de Etilo	NR	NR	Cloruro de Alilo	NR	NR
Acido Adípico	E	E	Agua de Bromo	R	NR	Cloruro de Aluminio	E	E
Acido Antraquinosulfónico	I	I	Agua de Mar	E	E	Cloruro de Amonio	NR	E
Acido Artisulfónico	R	NR	Agua Potable	E	E	Cloruro de Amilo	NR	NR
Acido Arsénico	E	B	Agua Regia	R	NR	Cloruro de Bario	E	E
Acido Bencesulfónico 10%	E	E	Alcohol Alílico 96%	NR	NR	Cloruro de Calcio	E	E
Acido Benzóico	E	E	Alcohol Amílico	R	NR	Cloruro de Cobre	E	E
Acido Bórico	E	E	Alcohol Butílico	B	NR	Cloruro de Etilo	NR	NR
Acido Bromhídrico 20%	E	E	Alcohol Etílico	E	E	Cloruro de Fenilhidrazina	R	NR
Acido Brómico	E	E	Alcohol Metílico	E	E	Cloruro de Magnesio	E	E
Acido Butírico	R	NR	Alcohol Propargílico	I	NR	Cloruro de Metileno	NR	NR
Acido Carbónico	E	E	Alcohol Propílico	B	NR	Cloruro de Metilo	NR	NR
Acido Cianhídrico	E	E	Amoniaco (Gas-seco)	E	E	Cloruro de Niquel	E	E
Acido Cítrico	E	E	Amoniaco (Cloruro de amonio)	E	NR	Cloruro de Potasio	E	E
Acido Clorhídrico 20%	I	I	Anhídrido Acético	NR	NR	Cloruro de Sodio	E	E
Acido Clorhídrico 50%	E	E	Anilina	NR	NR	Cloruro de Tionilo	NR	NR
Acido Clorhídrico 80%	E	E	Antraquinona	E	I	Cloruro de Zinc	E	E
Acido Cloracético 10%	B	R	Benceno	NR	NR	Cloruro Estánico	E	E
Acido Clorosulfónico	E	I	Benzoato de Sodio	B	R	Cloruro Estanoso	E	E
Acido Cresílico 99%	B	NR	Bicarbonato de Potasio	E	E	Cloruro Férrico	E	E
Acido Crómico 10%	E	E	Bicarbonato de Sodio	E	E	Cloruro Ferroso	E	E
Acido Crómico 30%	E	NR	Bicromato de Potasio	E	E	Cloruro Láurico	I	I
Acido Crómico 50%	B	NR	Bifluoruro de Amonio	E	E	Cloruro Mercúrico	B	B
Acido Diclocólico	E	E	Bisulfato de Calcio	E	E	Cresol	NR	NR
Acido Esteárico	B	B	Bisulfato de Sodio	E	E	Crotonaidehido	NR	NR
Acido Fluorhídrico 10%	E	NR	Blanqueador 12.5%	B	R	Dextrosa	E	E
Acido Fluorhídrico 50%	E	NR	Borato de Potasio	E	E	Dicloruro de Etileno	NR	NR
Acido Fórmico	E	NR	Borax	E	B	Dicromato de Potasio	E	E
Acido Fosfórico 25-85%	E	E	Bromato de Potasio	E	E	Dicromato de Sodio	B	R
Acido Gálico	E	E	Bromo (Líquido)	NR	NR	Dimetil Amina	NR	NR
Acido Glicólico	E	E	Bromuro de Etileno	NR	NR	Dióxido de Azufre (Húmedo)	NR	NR
Acido Hipocloroso	E	E	Bromuro de Potasio	E	B	Dióxido de Azufre (Seco)	E	E
Acido Láctico 25%	E	E	Bromuro de Sodio	I	I	Dióxido de Carbono	E	E
Acido Láurico	E	E	Butadieno	R	NR	Disulfuro de Carbono	NR	NR
Acido Linoleico	E	E	Butano	I	I	Eter Etílico	NR	NR
Acido Maléico	E	E	Butanodiol	I	I	Etilen Glicol	E	E
Acido Málico	E	E	Butil Fenol	B	NR	Fenol	NR	NR
Acido Metusulfónico	E	E	Butileno	E	I	Ferricianuro de Potasio	E	E
Acido Nicotínico	E	NR	Carbonato de Amonio	E	E	Ferricianuro de Sodio	E	I
Acido Nítrico 10%	NR	NR	Carbonato de Bario	E	E	Ferrocianuro de Sodio	E	E
Acido Nítrico 68%	NR	NR	Carbonato de Calcio	E	E	Ferrocianuro de Potasio	E	E
Acido Oléico	E	E	Carbonato de Magnesio	E	E	Fluor (Gas Húmedo)	E	E
Acido Oxálico	E	E	Carbonato de Potasio	B	B	Fluoruro de Aluminio	E	E

Resistencia a la Corrosión

E = Excelente B = Buena R = Regular NR = No Recomendable I = Información no Comprobada

Descripción	23ºC	60ºC	Descripción	23ºC	60ºC	Descripción	23ºC	60ºC
Fluoruro de Amonio 25%	NR	NR	Licor Lanning	E	E	Soluciones Fotográficas	E	E
Fluoruro de Cobre	E	E	Melasas	E	B	Soda Cáustica	E	E
Fluoruro de Potasio	E	E	Mercurio	B	E	Sub-Carbonato de Bismuto	E	E
Fluoruro de Sodio	I	I	Meta Fosfato de Amonio	E	NR	Sulfato de Aluminio	E	E
Formaldehído	E	R	Metil-etil-cetona	NR	E	Sulfato de Amonio	E	E
Fosfato Disódico	E	E	Monóxido de Carbono	E	NR	Sulfato de Bario	E	E
Fosfato Trisódico	E	E	Nafta	E	I	Sulfato de Calcio	E	E
Fosgeno (Gas)	E	E	Nicotina	I	E	Sulfato de Cobre	E	E
Fosgeno (Líquido)	NR	NR	Nitrato de Aluminio	E	E	Sulfato de Hidroxilamina	E	E
Freon-12	I	I	Nitrato de Amonio	E	E	Sulfato de Magnesio	E	R
Fructosa	E	E	Nitrato de Calcio	E	E	Sulfato de Metilo	E	E
Frutas (Jugos - Pulpas)	E	E	Nitrato de Cobre	E	E	Sulfato de Niquel	E	E
Furfural	NR	NR	Nitrato de Magnesio	E	E	Sulfato de Potasio	E	E
Gas Natural	E	E	Nitrato de Niquel	E	E	Sulfato de Sodio	E	E
Gasolina	NR	NR	Nitrato de Potasio	E	E	Sulfato de Zinc	E	E
Gelatina	E	E	Nitrato de Sodio	E	E	Sulfato Férrico	E	E
Glicerina o Glicerol	E	E	Nitrato de Zinc	E	E	Sulfato Ferroso	E	E
Glicol	E	E	Nitrato Férrico	E	B	Sulfito de Sodio	E	R
Glucosa	E	E	Nitrato Mercuroso	B	NR	Sulfuro de Bario	E	E
Heptano	I	I	Nitrobenceno	NR	E	Sulfuro de Hidrógeno	E	E
Hexano	NR	I	Nitrito de Sodio	E	I	Sulfuro de Sodio	E	NR
Hexanol (Terciario)	R	NR	Ocenol	I	NR	Tetracloruro de Carbono	NR	NR
Hidrógeno	E	E	Oleum	NR	E	Tetracloruro de Titanio	B	I
Hidroquinina	E	E	Oxicloruro de Aluminio	E	E	Tetra Etilo de Plomo	I	E
Hidróxido de Aluminio	E	E	Oxido Nitroso	E	E	Tiocianato de Amonio	E	E
Hidróxido de Amonio	E	E	Oxígeno	E	I	Tiosulfato de Sodio	E	NR
Hidróxido de Bario 10%	E	E	Pentóxido de Fósforo	I	E	Tolueno	NR	NR
Hidróxido de Calcio	E	E	Perborato de Potasio	E	E	Tributilfosfato	NR	NR
Hidróxido de Magnesio	E	E	Perclorato de Potasio	E	B	Tricloruro de Fósforo	NR	NR
Hidróxido de Potasio	E	E	Permanganato de Potasio 10%	B	I	Trietanol Amina	B	NR
Hidróxido de Sodio	E	E	Peróxido de Hidrógeno 30%	E	E	Trietanol Propano	B	E
Hipoclorito de Calcio	E	E	Persulfato de Amonio	E	E	Trióxido de Azufre	B	E
Hipoclorito de Sodio	E	E	Persulfato de Potasio	E	E	Urea	E	NR
Kerosina	E	E	Petróleo Crudo	E	E	Vinagre	E	E
Leche	E	E	Potasa Cáustica	E	I	Vinos	E	E
Licor Blanco	E	E	Propano	E	E	Whisky	E	NR
Licor Negro	E	E	Soluciones Electrolíticas	E	E	Xileno	NR	

Los datos de esta tabla no deben tomarse como definitivos. Son únicamente para dar una idea aproximada. En caso de duda comuníquese con la Oficina de Servicio al Cliente PAVCO WAVIN 777 2286 - 782 5111 en Bogotá, Fuera de Bogotá al 01 800 09 12286 y 01 800 09 72826

Portafolio de Productos

Tuberías Sanitarias PAVCO WAVIN

icontec Sello de Calidad RES 0501

icontec Sello de Calidad NTC 1087

Tuberías Sanitarias y Aguas Lluvias

Presión de Prueba: 0.35 MPa - 50 PSI

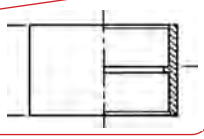
Tuberías Ventilación

Tuberías Sanitarias Novatec

La longitud normal de los tubos es de 6 mt.

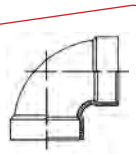
Diámetro Nominal	Referencia	Diámetro Exterior Promedio		Diámetro Interior Promedio	Espesor de Pared Mínimo		Peso
pulg.		mm	pulg.	mm	mm	pulg.	kg/m
1.1/2	2900319	48.26	1.90	42.68	2.79	0.11	0.64
2	2902515	60.32	2.37	54.48	2.92	0.11	0.84
3	2902517	82.56	3.25	76.20	3.18	0.12	1.27
4	2900331	114.30	4.50	107.70	3.30	0.13	1.84
6	2900336	168.28	6.62	160.04	4.12	0.16	3.41
1.1/2	2900338	48.26	1.90	45.22	1.52	0.06	0.36
2	2900341	60.32	2.37	56.76	1.78	0.07	0.53
3	2900344	82.56	3.25	79.00	1.78	0.07	0.73
4	2900347	114.30	4.50	110.08	2.11	0.08	1.20
2	2900323	60.32	2.37	54.48	2.92	0.11	0.84
3	2900326	82.56	3.25	76.20	3.18	0.12	1.27
4	2900330	114.30	4.50	107.70	3.30	0.13	1.84
6	2900335	168.28	6.62	160.04	4.12	0.16	3.41

RES 0501 NTC 1341



Uniones

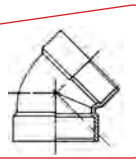
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901690
2	2901693
3	2901696
4	2901700
6	2901703



Codos 90º 1/4 C x C

Campana x Campana

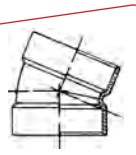
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901209
2	2901213
3	2901217
4	2901221
6	2901224



Codos 45º 1/8 C x C

Campana x Campana

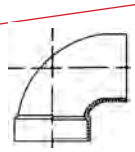
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901179
2	2901181
3	2901185
4	2901189
6	2901193



Codos 22.½º 1/16 C x C

Campana x Campana

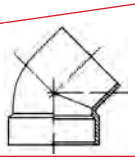
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2	2901162
3	2901164
4	2901167
6	2903450



Codos 90º 1/4 C x E

Campana x Espigo

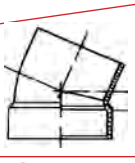
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901210
2	2901214
3	2901218
4	2901222
6	2901226



Codos 45º 1/8 C x E

Campana x Espigo

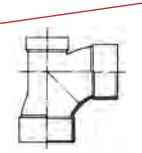
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901180
2	2901183
3	2901187
4	2901191
6	2901195



Codos 22.½º 1/16 C x E

Campana x Espigo

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2	2901163
3	2901165
4	2901168



Codos Reventilados

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
3 x 2	2901156
4 x 2	2901157



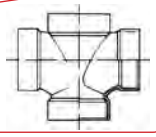
Tees Sanitarias

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901558
2	2901561
3	2901563
4	2901567
6	2902870



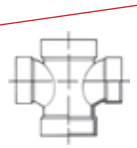
Tees Sanitarias Reducida

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2 x 1/2	2901543
3 x 2	2901545
4 x 2	2901548
4 x 3	2901550
6 x 4	2902828



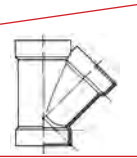
Tees Sanitarias Dobles

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901469
2	2901471
3	2901473
4	2901476



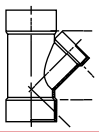
Tees Sanitarias Dobles Reducida

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2 x 1.1/2	2901460
3 x 2	2901462
4 x 2	2901464
4 x 3	2901466



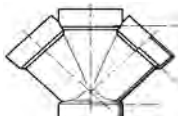
Yees Sanitarias

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2	2901748
3	2901751
4	2901755
6	2901758



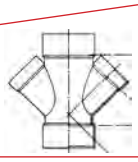
Yees Sanitarias Reducidas

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
3 x 2	2901738
4 x 2	2901741
4 x 3	2901743
6 x 4	2901716



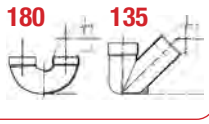
Yees Sanitarias Dobles

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2	2901729
3	2901731
4	2901734



Yees Sanitarias Dobles Reducidas

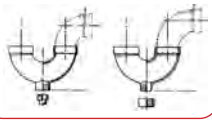
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2 x 3 x 2	2901721
2 x 4 x 2	2901724
3 x 4 x 3	2901726



Sifón 180º / Sifones

135º *No incluye Codo

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2 (180)	2901291
3 (135)	2901281
4 (135)	2901283



Sifón 180º / Sifones

Con Tapón Campana x Campana

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901286
2*	2901292

* El accesorio incluye tapón de limpieza. No incluye el codo de 90º
* No amparada bajo el sello NTC 1341

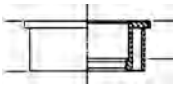
Adaptadores de Limpieza



Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2	2900678
3	2900680
4	2900682
6	2900686

* El accesorio incluye el tapón de limpieza y el anillo de caucho

Bujes Soldados



Diámetro Nominal pulg.	Referencia
2 x 1.1/2	2901021
3 x 1.1/2	2901026
3 x 2	2901028
4 x 2	2901030
4 x 3	2901033
6 x 4	2901036

Juntas de Expansión Uniones de Reparación



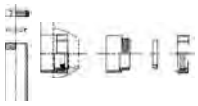
Juntas de Expansión



** Unión de Reparación

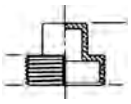
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
3	2901258
4	2901260
4	2901688**
6	2902730

Adaptadores de Sifón, Adaptador a Pared para Sifón Blanco



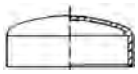
Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/4	2900690
1.1/2	2900688
1.1/2	2900689

Tapones Machos Roscados



Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901347
3	2901348
4	2901350

Tapones para pruebas Sanitarias



Diámetro Nominal pulg.	Referencia
1.1/2	2901437
2	2901439
3	2901441
4	2901443
6	2905559

Unicamente para pruebas de estanqueidad hasta 5 pisos

Válvula Antiretorno en PVC Sanitaria

Lo único que retornará son ganancias

Está diseñada para evitar el retorno de aguas residuales domésticas en alcantarillados. Además es la forma más efectiva de mantener aislados de las residencias y edificaciones en general, a roedores que viven y deambulan en los colectores municipales.







Válvula Antiretorno PVC Sanitaria

Diámetro Nominal pulg.	Referencia
4	2903173
6	2909008

Instalación

- Esta nueva Valvula Antiretorno está diseñada para una instalación horizontal en los sistemas de drenajes y evacuación. Debe instalarse de manera que el tapón de acceso para limpieza quede accesible y la inclinación o pendiente de la línea no debe exceder 2,35%.

- Durante la instalación, tomar nota de las flechas que indican el sentido del flujo. Durante la instalación de la nueva Válvula Antiretorno, tener cuidado que el cemento solvente, pegamento o soldadura no entre en contacto con la compuerta.

- Si la Válvula Antiretorno se va instalar en un entrepiso, o debajo del nivel del piso terminado, se deberá instalar un manguito de acceso con tapa sobre la parte superior de nueva Válvula Antiretorno, con el fin de permitir el acceso a la válvula y poder realizar limpiezas o inspecciones periódicas.

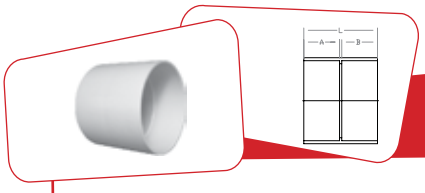
- Tener el cuidado correspondiente durante la instalación del manguito para asegurar el funcionamiento del tapón de acceso.

- Antes de poner la válvula en funcionamiento y probar el sistema, retire el tapón de acceso y verifique que la compuerta tiene libre movimiento. Reemplace y ajuste el tapón de acceso nuevamente.

Línea Sanitaria Grandes Diámetros

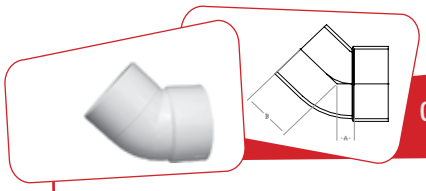
Especificaciones técnicas

Referencia	Descripción	Diámetro	Espesor	Diámetro exterior	RDE	PS	Diámetro interior	Peso	Presentación
pulg.		pulg.	mm	mm	mm	psi	mm	kg/m	
2900420	Tubería PVC	8	5.33	219.08	41	28	208,42	5.95	Amarilla, extremo liso,
2900421	Sanitaria	10	6.66	273.05	41	28	259,73	9.27	tubos de 6m



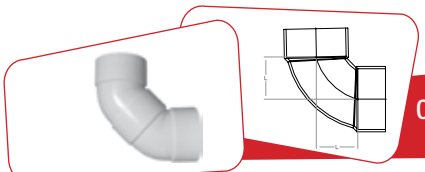
Uniones

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	L mm	A mm	B mm
2909778	8	1.99	209.55	101.6	6.35
2903817	10	3.26	261.94	127	7.95



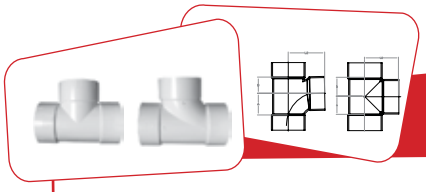
Codo Sanitaria 45º CxE

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	A mm	B mm
2903805	8	2.61	52.39	153.99
2903806	10	4.93	79.38	207.14



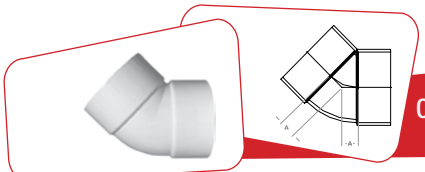
Codo Sanitaria 90º CxC

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	L mm
2909777	8	3.55	152.40
2903802	10	10.02	158.75



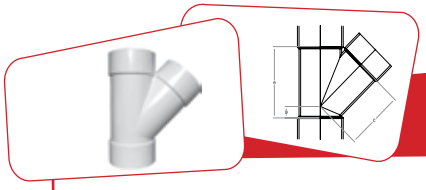
Tees Sanitarias

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	A mm	B mm	C mm
2903799	8	5.03	152.4	152.4	114.05
2903800	10	8.68	158.75	158.75	158.75



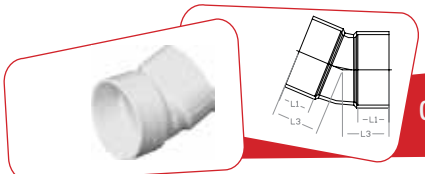
Codo Sanitaria 45º CxC

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	A mm
2909776	8	2.67	52.39
2903804	10	5.09	79.38



Yees Sanitarias

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	A mm	B mm	C mm
2903794	8	6.65	358.8	60.3	298.5
2903798	10	11.06	419.1	73.0	346.1



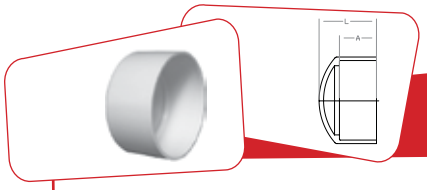
Codo Sanitaria 22.5º CxC

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	L1 mm	L2 mm
2903807	8	2.46	102.1	140.21
2903808	10	4.20	127.76	178.56



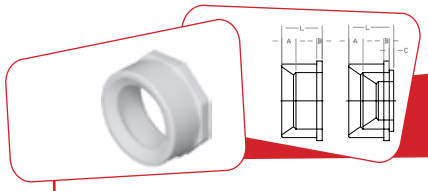
Yees Sanitarias Reducida

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	A mm	B mm	C mm
2903792	8x8x4	5.59	266.7	25.4	293.7
2903793	8x8x6	4.66	266.7	25.4	249.3
2903795	10x10x4	10.12	363.6	33.4	396.8
2903796	10x10x6	10.32	363.6	33.4	371.0
2903797	10x10x8	9.19	363.6	33.4	329.7



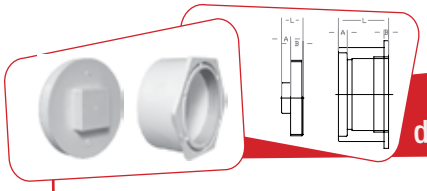
Tapón

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	L mm	A mm
2903809	8	1.85	157.63	101.6
2903810	10	2.82	196.85	127.0



Buje

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	A mm	B mm	C mm
2903811	8x4	1.69	130.18	41.28	15.88
2909775	8x6	1.90	117.48	41.28	
2903813	10x6	5.36	140.46	38.1	
2903814	10x8	3.43	140.46	38.1	

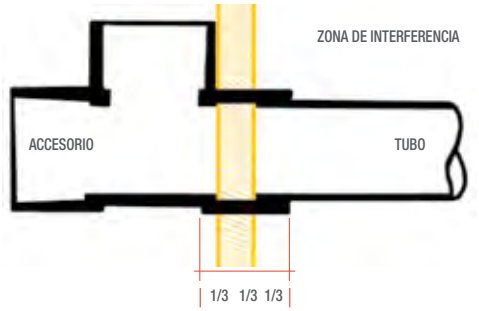


Adaptador de Limpieza

Referencia	Diámetro pulg.	Peso Kg	L mm	A mm	B mm
2905389	8	2.35			
2905390	10	4.73			

Soldadura - PAVCO WAVIN Soldamax PVC

Soldadura líquida PVC



Soldadura Líquida PVC	*Limpiador PAVCO WAVIN Limpiamax
Especialmente formulada para soldar Tuberías de PVC. Las uniones hechas en soldadura líquida son más resistentes que la misma Tubería.	Especialmente formulada para limpiar y aislar las superficies que se van a soldar. Se utiliza para Tuberías de PVC y CPVC.

Rendimiento de Soldadura Líquida PVC por cuarto de galón

Diámetro Nominal pulg.	Soldaduras Simples	Número Accesorios	
		Accesorios 2 Campanas	Accesorios 3 Campanas
2	180	90	60
3	90	45	30
4	60	30	20
6	30	15	10
8	18		
10	12		

Contenido	Referencia	Contenido	Referencia
1/128 Gal.	2902802	28 gr (1/128 Gal.)	2902735
1/64 Gal.	2902810	56 gr (1/64 Gal.)	2902738
1/32 Gal.	2902805	112 gr (1/32 Gal.)	2902736
1/16 Gal.	2902806	300 gr (12 Onzas)	2902739
1/8 Gal.	2902812	760 gr (1/4 Gal.)	2902737
1/4 Gal.	2902808		

* No amparadas bajo sello NTC 576

Especificaciones

Las especificaciones siguientes son un resumen de la Norma NTC 1087 y 1341, ASTM D 2665-82 y CS 272-65 para tubería y accesorios sanitarios IW (In Wall) y por las cuales se rige la producción de PAVCO WAVIN.

Materiales

Los Tubosistemas son fabricados con compuestos de Policloruro de vinilo rígido, Tipo II, Grado I, tal como se definen en la norma NTC 369.

Dimensiones y Tolerancias

Las dimensiones y tolerancias de los Tubosistemas serán las que se señalan en las tablas siguientes.

Calidad

Siguiendo los métodos de prueba de la Norma 1087 y ASTM 2665 las especificaciones de calidad son las siguientes:

1. **Absorción de Agua.**
   Los Tubosistemas no aumentarán de peso en más de 0.3%.

2. **Impacto.**
   La mínima resistencia al impacto será de 81 J a 23°C (73°F).

3. **Soldadura.**
   Las uniones de tubos y accesorios hechas con soldadura líquida no tendrán escapes, cuando sean sometidas a una presión interna de 50psi.

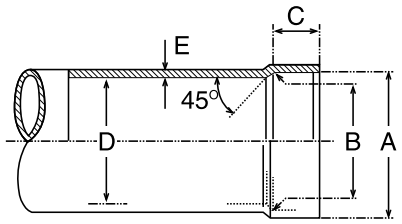
Tabla I Tubería Sanitaria PVC

Diámetro Nominal	Diámetro Exterior		Tolerancia		Redondez		Espesor de Pared	
pulg.	pulg.	mm	pulg.	mm	pulg.	mm	pulg.	mm
1.1/2	1.900	48.26	±0.009	±0.24	±0.031	±0.80	0.110	2.79
2	2.375	60.33	±0.009	±0.24	±0.031	±0.80	0.115	2.92
3	3.250	82.55	±0.011	±0.28	±0.031	±0.80	0.125	3.18
4	4.500	114.30	±0.013	±0.32	±0.047	±1.20	0.130	3.30
6	6.625	168.28	±0.014	±0.36	±0.047	±1.20	0.162	4.12

Tabla Ventilación y Aguas Lluvias

Diámetro Nominal	Diámetro Exterior		Tolerancia		Redondez		Espesor de Pared	
pulg.	pulg.	mm	pulg.	mm	pulg.	mm	pulg.	mm
1.1/2	1.900	48.26	±.006	±.15	±.012	0.31	0.06	1.52
2	2.375	60.33	±.006	±.15	±.012	0.31	0.07	1.78
3	3.250	82.55	±.008	±.20	±.015	0.38	0.07	1.78
4	4.500	114.30	±.009	±.23	±.020	0.51	0.08	2.10

Tabla II Accesorios



Pulgadas

Diámetro Nominal	A		B		C (min)	D (min)	E (min)
1.1/2	1.915	±0.012	1.89	±0.012	0.69	1.69	0.11
2	2.390	±0.012	2.37	±0.012	0.75	2.16	0.11
3	3.270	±0.015	3.24	±0.015	1.50	3.02	0.12
4	4.520	±0.015	4.49	±0.015	1.75	4.26	0.13
6	6.647	±0.030	6.61	±0.030	3.00	6.32	0.16

Milímetros

Diámetro Nominal	A		B		C (min)	D (min)	E (min)
1.1/2	48.64	±.31	48.13	±.31	17.45	43.05	2.79
2	60.71	±.31	60.20	±.31	19.05	54.86	2.92
3	83.06	±.38	82.42	±.38	38.10	76.71	3.18
4	114.81	±.38	114.17	±.38	44.45	108.20	3.30
6	168.83	±.76	168.02	±.76	76.20	160.66	4.15

Transporte y Almacenamiento

- Los tramos de tubería deben almacenarse en forma horizontal usando una superficie plana o bloques de madera que permitan que el apoyo sea de 9 cm de ancho y espaciados un máximo de 1.50 m.
- Durante el transporte los tubos deben amarrarse para protegerlos, usando amarres no metálicos. No debe ponerse carga adicional sobre tubos.
- Para almacenamiento en obra deben separarse los tubos por tamaño y arrumarse en alturas de máximo 1.50 m de alto.
- Cuando la tubería va a estar expuesta al sol, debe protegerse con un material opaco, manteniendo adecuada ventilación.
- Durante el cargue y descargue de los tubos no los arroje al piso ni los golpee.
- La soldadura líquida no debe someterse a extremos de calor o de frío y el sitio debe estar bien ventilado ya que la soldadura es inflamable.

Instalación

1. Corte el tubo con una segueta. Asegúrese que el corte esté a escuadra usando una caja guía.



2. Quite las rebabas y las marcas de la segueta. (Use una lima o papel lija).



3. Limpie bien las superficies que se van a conectar tanto del tubo como del accesorio, con un trapo limpio humedecido en Limpiador PAVCO WAVIN Limpia Max.



4. Aplique generosamente soldadura líquida al exterior del extremo del tubo, por lo menos en un largo igual al de la campana del accesorio.



5. Aplique una pequeña cantidad de soldadura líquida en el interior de la campana o del accesorio.



6. Una el tubo con el accesorio asegurándose de un buen asentamiento y déle un cuarto de vuelta para distribuir la soldadura, mantenga firmemente la unión por 30 segundos.



Para el montaje de tubería y accesorios Sanitarios PAVCO WAVIN es necesario tener en cuenta las propiedades del PVC rígido y los distintos accesorios y elementos del sistema sanitario PAVCO WAVIN aplicados a los diversos tipos de instalación.

El PVC tiene un coeficiente de expansión térmica mayor que el de los materiales convencionales (0.08 milímetros por metro por grado centígrado). Reconociendo esta característica, diseñando y montando de acuerdo a las instrucciones que damos a continuación, esta propiedad no presenta ningún problema.

Distinguimos cinco tipos de instalaciones de Tuberías:

1. **Instalación de Tuberías Suspendidas**
2. **Instalación de Tuberías en Mampostería**
3. **Instalación de Tuberías en Concreto**
4. **Instalación de Tuberías Bajo Tierra**
5. **Instalación a la Intemperie**

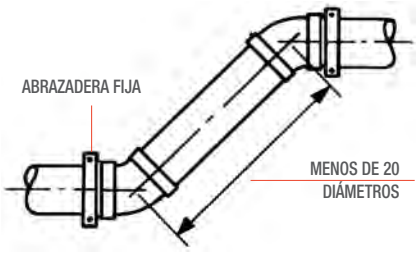
1. Instalación de Tuberías Suspendidas

Estas tuberías y sus ramales están expuestos. Los cambios de dirección normales, que se encuentran frecuentemente en instalaciones industriales o en sótanos de edificios, proporcionan una previsión adecuada para las expansiones o contracciones. La fijación de tuberías y accesorios en el sistema suspendido se hace por medio de abrazaderas.

a) **Abrazadera Fija:** por medio de un empaque flexible se asegura el tubo o accesorio en forma rígida que no permite ningún movimiento.
Esta abrazadera se usa, por ejemplo, cuando hay un cambio de dirección abrupto seguido por un tramo muy corto de tubería, como en una desviación de 45º ó 90º; en esos casos debe asegurarse firmemente la tubería en los puntos donde cambia la dirección.

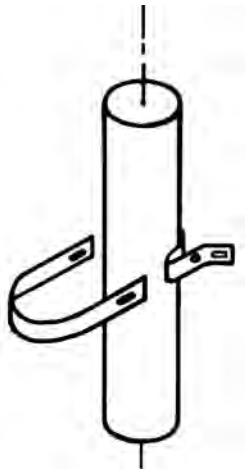


Ejemplo de Abrazadera Fija:

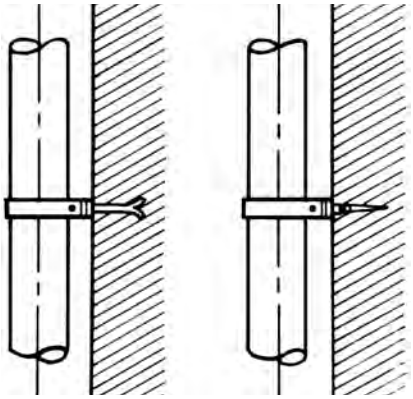


b) **Abrazadera Corrediza:** sin empaque, por lo tanto permite el libre deslizamiento de la tubería. La abrazadera corrediza se utiliza, por ejemplo, después de un cambio de dirección seguido por un tramo largo de tubería (20 diámetros o más).

Ejemplo de Abrazadera Corrediza:



Tanto la abrazadera fija como la corrediza pueden asegurarse a los techos o paredes por medio de tornillos de acero o empotrarse por medio de un gancho de platina metálica.

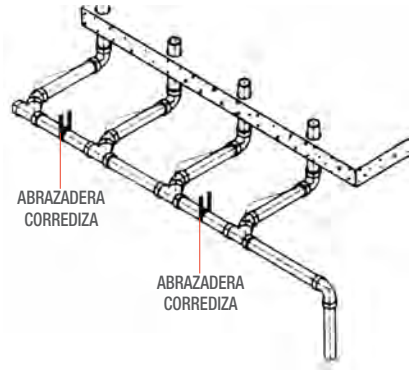


Los soportes de la tubería deben colocarse cada 3 metros en los tramos verticales y cada 2 metros en los tramos horizontales.

Ejemplos de Instalaciones Suspendidas:

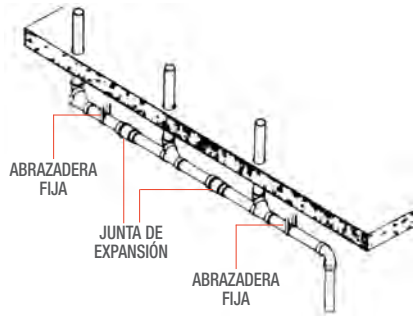
Ejemplo 1

La expansión o contracción térmica se ha tenido en cuenta por el diseño mismo y está suspendida por medio de abrazaderas corredizas.



Ejemplo 2

Las dilataciones son absorbidas por la junta de expansión y la tubería está suspendida con abrazaderas fijas.

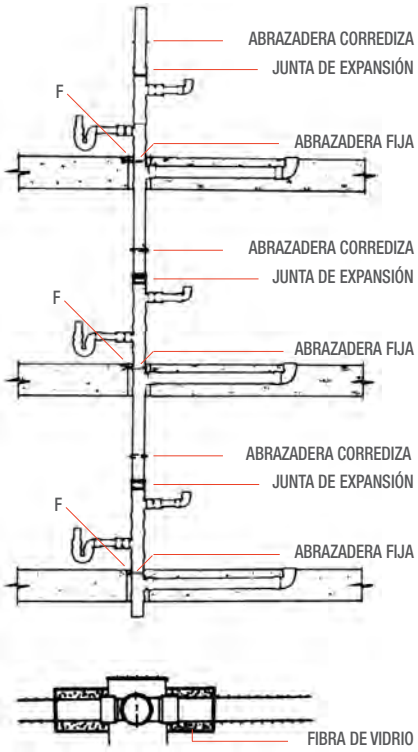


2. Instalación de Tuberías en Mampostería

Bajo esta denominación se clasifican no sólo las instalaciones que van totalmente dentro de muros, sino también, aquellas que parcialmente van dentro del concreto; por ejemplo: una bajante dentro de un ducto con partes de sus derivaciones en muros y parte en concreto. Para las tuberías que van dentro de muros (regatas) es deseable que el pañete tenga un espesor mínimo de 2 centímetros.

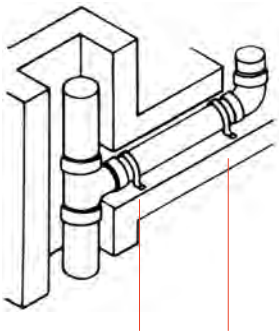
Ejemplo de Instalaciones en Mampostería:

La bajante está dentro de un ducto y atraviesa las placas de concreto de piso; los ramales están unos dentro de la placa y otros en los muros; la bajante entre placa y placa está ibre. Los puntos F funcionarán como “puntos fijos” siempre y cuando la bajante esté empotrada dentro del concreto con su abrazadera fija. Entonces las dilataciones o contracciones térmicas tendrán lugar en la junta de expansión. En estos casos se debe instalar una junta de expansión por piso. Como los ramales de este ejemplo entran a los muros muy cerca del ducto, es conveniente envolver los extremos de los ramales con algún material aislante (fibra de vidrio o espuma) para que los ramales puedan tomar los pequeños movimientos de las bajantes.



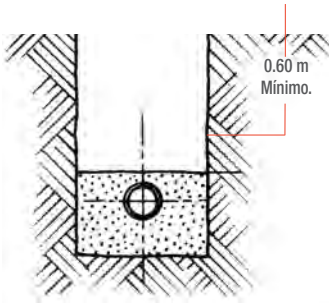
3. Instalación de Tuberías en Concreto

Como la tubería y los accesorios están totalmente incrustados en concreto, las dilataciones son absorbidas por el material mismo, debido a que el PVC tiene un cierto grado de elasticidad. Los accesorios deben resistir los esfuerzos que se producen por el movimiento térmico ya que la tubería no se adhiere al concreto; por eso, al fundir la mezcla es necesario compactar bien los accesorios y evitar cualquier vacío que permita un movimiento posterior de los mismos. Como los tubos PAVCO WAVIN son muy livianos tienden a flotar en el concreto y por lo tanto debe fijarse la tubería y en especial los accesorios a la formaleta antes de proceder al vibrado de la mezcla.



4. Instalación de Tuberías Bajo Tierra

Las tuberías deben enterrarse a una profundidad mínima de 60 centímetros, en una cama de material libre de piedras o elementos agudos y el relleno deberá quedar bien compactado.



5. Instalación a la Intemperie

Cuando la tubería va a estar expuesta a la radiación solar, debe cubrirse con un techo opaco o protegerse con una pintura que cumpla con las siguientes características:

- No debe necesitar solvente o tener base thinner. Esta sustancia no se comporta bien con el PVC.
- Debe tener un componente reflectivo como el aluminio o similar.
- Debe asegurarse la adherencia al PVC con la aplicación directa o a través de la aplicación de un "primer".

Antes de pintar la tubería debe prepararse la superficie para asegurar la adherencia; lijar suavemente en seco, limpiar con limpiador PAVCO WAVIN y aplicar la pintura.

Juntas de Expansión

Para su instalación tenga en cuenta:

1. El tubo en el que se va a ensamblar la campana que tiene el hidrosello instalado, se debe biselar con una lima, pulidora o esmeril.

2. Aplicar el lubricante en el espigo biselado y en el hidrosello de caucho.

3. Alinee la Junta de Expansión con el tubo y ensamblela hasta el fondo.

4. En el otro extremo que es una campana para soldar, aplique limpiador PAVCO WAVIN en el tubo y la campana, lo mismo que Soldadura Líquida PVC PAVCO WAVIN.

5. Enfrente la tubería con la campana y devuelva la Junta de Expansión para ensamblar en el espigo a soldar.

Ventajas:

1. Mejor hidrosello
2. Más longitud de campana mecánica
3. Mayor facilidad de instalación

Comportamiento en Condiciones Extremas

- El PVC es un material termoplástico que puede ser fundido aplicando calor, de tal forma que nunca debe instalarse, almacenarse o someterse a una fuente de calor que pueda deformarlo. La temperatura máxima a que puede transportar agua es de 60°C.
- No aplique solventes ni someta la tubería a contacto con estos.
- No someta la tubería a contacto directo con elementos punzantes, tales como herramientas metálicas o piedras angulosas mayores a 3/4".
- Consulte con nosotros condiciones especiales no cubiertas por este manual en los teléfonos que aparecen en la contraportada de este manual.

Puesta en Servicio

El ingeniero a cargo debe definir las inspecciones y pruebas a realizarse al sistema después de instalado.

Algunas de las inspecciones recomendables se describen a continuación:

- **Limpieza**
- **Inspección Visual**
  Verificación de alineamientos y ausencia de obstrucciones
- **Prueba de Estanqueidad y flujo**
  De acuerdo a lo indicado en la NTC 1500, vigente.

Rotulado

Marca y Uso	PVC Sanitaria y Aguas lluvias
País de origen y fabricante	PAVCO WAVIN - COLOMBIA
Material	PVC
Norma de fabricación	Por ejemplo NTC 1087
Diámetro nominal	Por ejemplo114mm-4”
Código Trazabilidad	Planta (2 digitos) año (2 digitos) mes (2 digitos) día (2 digitos) turno (1 digito) No. Máquina (2 digitos)
Lote RT	Por ejemplo 001
Resolución	Por ejemplo 0501

Tubos de Poli (cloruro de vinilo) (PVC) rígido para uso sanitario - aguas lluvias y ventilación marca PAVCO

NTC 1087 : 2016

Accesorios de PVC rígido para tubería sanitaria - aguas lluvias y ventilación marca PAVCO

NTC 1341 : 2006

ESTE MANUAL TÉCNICO HA SIDO REVISADO Y APROBADO
POR LA GERENCIA DE PRODUCTO DE PAVCO WAVIN.

PRODUCTO NO BIODEGRADABLE.
NO INCINERE.
HAGA DISPOSICIÓN ADECUADA DE DESPERDICIOS.

PAVCO wavin

icontec ISO 9001

Certificado No. SC 036 - 1

Producción y venta de tuberías y accesorios de PVC, CPVC y polietileno, accesorios polipropileno; cementos solventes de PVC y CPVC; Cámaras y cajas de inspección de polietileno. Servicio de Rehabilitación de tuberías existentes

NTC ISO 9001 : 2015

icontec ISO 14001

Certificado No. SA 057 -1

Producción y venta de tuberías y accesorios de PVC, CPVC y polietileno de accesorios de PVC y CPVC y polipropileno, cementos solventes de PVC y CPVC; Cámaras y cajas de inspección de polietileno y Rehabilitación de tuberías existentes

NTC ISO 14001 : 2015

icontec OSHAS 18001

Certificado No. OS 033 - 1

Producción y venta de tuberías y accesorios de PVC, CPVC y polipropileno de cementos solventes de PVC y CPVC; Cámaras y cajas de inspección de polietileno y Rehabilitación de tuberías existentes

NTC OHSAS 18001 : 2007

BOGOTÁ
Autopista sur Nº. 71-75 Bogotá D.C.
Conmutador: (57 1) 782 5000
Ext. 1101
Fax:(57 1) 782 5020

BARRANQUILLA
Conmutador: (57 5) 375 8100
Servicliente: 312 332 0041

CALI - YUMBO
Calle 10 Nº. 31A - 153
Zona Industrial Arroyohondo
Conmutador: (57 2) 442 3444
Fax: (57 2) 666 4118, Yumbo

EJE CAFETERO
Carrera 17 Nº. 5 - 58
Oficina 304, Pereira
Servicliente: 312 332 0025

MEDELLÍN - BELLO
Medellin Itagui
CALLE 27# 41-80
Centro Logístico Entrada Norte
Conmutador: (57 4) 325 6660

BUCARAMANGA
Calle 30 Nº. 22 - 129
Oficina 1802, Floridablanca
Servicliente: 314 330 2331

Estamos cerca de nuestros clientes
01 8000 912 286

Síguenos en:

PavcolWavin.co @PavcoWavinCo @pavcowavin.co Pavco Wavin Colombia PAVCO WAVIN COLOMBIA

www.pavcowavin.com.co

Diagramado por SADE Diseño y Producción.

TIANJIN YOUFA INTERNATIONAL TRADE CO.,LTD

MILL TEST CERTIFICATE

CUSTOMER: YOUNGGAP INC. MERITZ TOWER #1828, 382 GANGNAM-DAERO, GANGNAM-GU, SEOUL, 07237, KOREA TEL +82 70 7678 7546	INVOICE NO. & DATE: YFS-11529-1 Date: Sep., 28th ,2022
MILL: TIANJIN YOUFA STEEL PIPE GROUP CO., LTD. TIANJIN YOUFA INTERNATIONAL TRADE CO.,LTD 7F, NO.4 ANSHUN BUILDING,DAFENG ROAD(AQUA CITY)HONGQIAO DISTRICT,TIANJIN CHINA	CHINA ORIGIN SALES CONTRACT NO.:YG-LC-22-05

COMMODITY:

No	SIZE/INCH /W(MM)	L (MM)	T (MM)	GRADE	LENGTH METERS	QUALITYS										
						TOTAL PCS	QUANTITY MT	CHEMICAL COMPOSITION(%)					MECHANICAL PROPERTIES			
													TENSION TEST			
								C	Mn	P	S	Si	TENSILE STRENGTH (N/mm2)	YIELD POINT (Mpa)	ELONGATION (%)	FLATTENING
SQUARE & RECTANGULAR STEEL PIPE TO ASTM A500 GR.B&C																
1	120	120	2.5	B	6	90	5.01	0.12	0.35	0.019	0.02	0.14	427	319	32	OK
2	150	150	3	B	6	60	5.01	0.13	0.36	0.021	0.019	0.13	425	320	31	OK
3	200	200	4.5	B	6	72	12	0.13	0.36	0.019	0.02	0.14	426	325	30	OK
4	135	135	6	C	6	68	10.02	0.13	0.33	0.01	0.011	0.12	462	390	30	OK
5	150	150	6	C	6	61	10.02	0.12	0.35	0.011	0.012	0.11	459	389	30	OK
6	200	200	6	C	6	45	9.94	0.13	0.34	0.01	0.01	0.12	468	410	30	OK
7	100	50	2	B	6	362	10.01	0.14	0.33	0.02	0.021	0.14	421	329	30	OK
8	100	50	2.5	B	6	436	15.02	0.15	0.34	0.019	0.016	0.13	427	324	31	OK
9	120	60	2.5	B	6	364	15.09	0.13	0.35	0.021	0.019	0.14	423	318	30	OK
10	100	50	3	B	6	243	9.99	0.12	0.34	0.02	0.019	0.15	430	320	31.5	OK
11	200	70	3	B	6	133	9.98	0.13	0.36	0.021	0.02	0.13	426	317	31	OK
12	200	100	3	B	6	60	5.01	0.12	0.36	0.019	0.016	0.15	425	325	32	OK
13	250	100	3	B	6	52	5.08	0.12	0.35	0.019	0.02	0.14	427	319	32	OK

14	100	50	4	B	6	96	5.2	0.13	0.36	0.021	0.019	0.13	425	320	31	OK
15	150	100	4	B	6	87	7.99	0.13	0.36	0.019	0.02	0.14	426	325	30	OK
16	200	100	4	B	6	72	7.97	0.14	0.33	0.02	0.021	0.14	421	329	30	OK
17	150	100	6	B	6	60	8.16	0.15	0.34	0.019	0.016	0.13	427	324	31	OK
18	300	150	8	B	6	24	7.92	0.14	0.33	0.02	0.021	0.14	421	329	30	OK

No	O.D. (MM)	O.D. (INCH)	W.T (MM)	GRADE	LENGTH METERS	QUALITYS										
						TOTAL PCS	QUANTITY MT	CHEMICAL COMPOSITION(%)					MECHANICAL PROPERTIES			
													TENSION TEST			
								C	Mn	P	S	Si	TENSILE STRENGTH (N/mm2)	YIELD POINT (Mpa)	ELONGATION (%)	ZINC COATING G/M2
ROUND GALVANIZED STEEL PIPE TO ASTM A500 GR.B (ZINC COATING 180 GR/M2),																
1	48.3	1 1/2"	2.5	B	6	305	5.16	0.12	0.35	0.021	0.021	0.14	435	321	35	253
2	48.3	1 1/2"	2.9	B	6	244	4.76	0.11	0.33	0.020	0.019	0.13	438	321	34	261
3	60.3	2"	2.9	B	6	203	4.99	0.10	0.32	0.019	0.019	0.12	438	330	33	301
4	88.9	3"	2.9	B	6	136	5.02	0.13	0.34	0.020	0.020	0.13	440	329	35	281
GRAND-TOTAL						3273	179.35									

WE HEREBY CERTIFY THAT THE MATERIAL HEREIN HAS BEEN TESTED IN ACCORDANCE WITH ABOVE SPECIFICATIONS AND THE RESULTS OF ALL TESTS ARE ACCEPTABLE.

天津友圣发国际贸易有限公司
TIANJIN YOUFA INTERNATIONAL TRADE CO.,LTD
李树环
GENERAL MANAGER

SIGNED BY:TIANJIN YOUFA INTERNATIONAL TRADE CO.,LTD

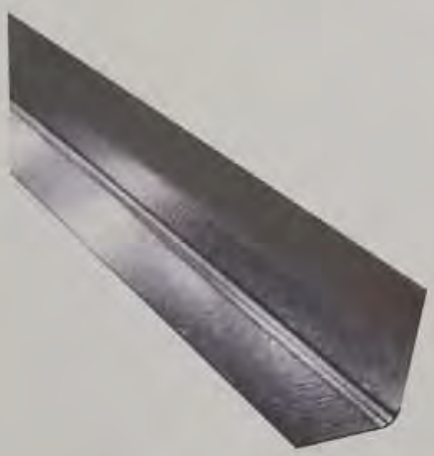
友圣发国际贸易有限公司
YOUFA INTERNATIONAL TRADE CO.,LTD
李树环
GENERAL MANAGER

FABRICA DE PERFILERIA ROLADA Grafilada
SISTEMA DRYWALL

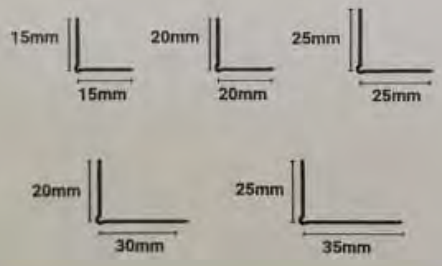
Obtenga más información escaneando este código QR

Fabricamos perfiles en acero Galvanizado bajo norma ASTM A 653/924 NTC 4011 ICONTEC y galvanizado G60, fabricado bajo el proceso de rolformado con máquinas de control numérico de última tecnología. Utilizados para el armado de cielo rasos livianos tipo Drywall que ofrecen precisión y rapidez en su instalación.

PERFIL ÁNGULO



Perfil en forma de L, se instala sobre los muros perimetrales y ayuda a determinar el nivel del cielo raso. También se utiliza como elementos de cuelga entre la estructura de la edificación y la estructura de cielo raso.

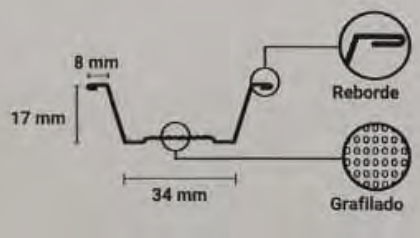


Descripción	Longitud en stock
Ángulo colgante 1,5 cm x 1,5cm	2.44 ml
Ángulo colgante 2 cm x 2cm	2.44 ml
Ángulo perimetral 2,5 cm x 2,5 cm	2.44 ml
Ángulo de dilatación 2 cm x 3 cm	2.44 ml
Ángulo de dilatación 2,5 cm x 3,5cm	2.44 ml

PERFIL OMEGA CON REBORDE



Perfil en forma trapezoidal, utilizado como estructura complementaria para el cielo raso, atornillándose a las viguetas, formando el soporte que recibe las láminas de yeso-cartón o fibrocemento.

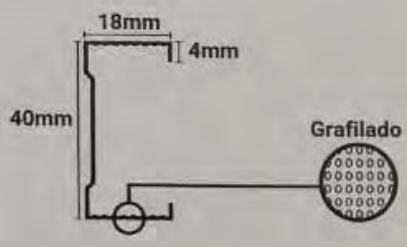


Descripción	Longitud en stock
Omega con reborde	2.44 ml
	3.66 ml

PERFIL VIGUETA



Perfil en forma de C utilizado como estructura complementaria para el cielo raso; elemento portante, sobre el cual se atornillan los perfiles tipo Omega.



Descripción	Longitud en stock
Vigueta	2.44 ml
	3.66 ml

CONSTRUYENDO CONFIANZA

HOJA DE DATOS DEL PRODUCTO

Sika® Imper Mur

IMPERMEABILIZANTE PARA MUROS, BLOQUEADOR DE HUMEDAD ASCENDENTE Y ENDURECEDOR DE SUPERFICIE.

DESCRIPCION DEL PRODUCTO

Sika® Imper Mur es una resina acuosa de impregnación, lista para usar como barrera impermeable en muros con humedad, consolidante de superficies arenosas débiles e imprimante para masillas acrílicas.

USOS

- Impermeabilización contra humedad por capilaridad.
- Barrera alcalina para evitar deterioro de pinturas y estucos.
- Imprimante de pinturas y estucos.
- Imprimante para mejorar adherencia de masillas acrílicas en sistemas livianos.
- Tratamiento de salitre (manchas blancas en el pañete)
- Prevención de aparición de moho y hongos.
- Consolidante de superficies arenosas.

CARACTERISTICAS / VENTAJAS

- Muy baja viscosidad (impregna fácilmente los poros)
- Transparente después del secado
- Puede ser recubierto con estuco, pintura o papel de colgadura
- Puede ser usado en interiores y en exteriores
- Resistente a rayos UV

CERTIFICADOS / NORMAS

Sika® Imper Mur conforme a los requisitos LEED v3. IEQ, crédito 4.2: Materiales de baja emisión: pinturas y recubrimientos.
(Método SCAQMD 304-91) Contenido de VOC< 350 gr/l.

INFORMACION DEL PRODUCTO

Empaques	2 kilos, 4 kilos, 1 kg y 200 kg.
Apariencia / Color	Líquido lechoso blanco.
Vida en el recipiente	12 meses en su empaque original intacto y sin abrir.
Condiciones de Almacenamiento	Almacene el producto en un lugar seco y protegido de la congelación, a temperaturas superiores a + 5 ° C y protegido del calor excesivo. Para transporte deben tomarse las precauciones normales para producos químicos.
Densidad	1.015 kg/l ± 0,02 kg/l
Viscosidad	Aguja Brookfield 1, velocidad 60 rpm, ~ 3.9 mPa.s
pH	Valor del pH 7.5 ± 1

INFORMACION DEL SISTEMA

Consumo	Aproximadamente entre 0.2 y 0.3 kg/m² por mano ó 197 a 296 ml/m², dependiendo de la porosidad del sustrato.
Temperatura Ambiente	+ 5°C min / + 35°C máx.
Temperatura del Sustrato	+ 5°C to + 30°C
Producto Aplicado Listo para su Uso	Se entrega listo para su uso. Homogenizar el recipiente antes de usar.

MEZCLADO

Sika® Imper Mur es un producto listo para usar. Agite el empaque antes de usar el producto.

APLICACIÓN

1. Impermeabilización contra humedad por capilaridad (humedades ascendentes)

Retire estuco y pintura así como papel de colgadura o recubrimientos de los muros que se hayan dañado por causa de la humedad, retire los rastros visibles de salitre, moho u otros crecimientos biológicos hasta encontrar pañete o mampostería limpios.
Se debe retirar estuco y pintura, hasta una altura 40 cm por encima del nivel superior de la humedad existente, para evitar que una vez reparada la humedad, aparezca más arriba.
- Cepille el sustrato y limpie con agua.
- Deje secar superficialmente el sustrato antes de la aplicación.

2. Barrera alcalina para evitar deterioro de pinturas y estucos en fachadas

Aplique **Sika® Imper Mur** con brocha o con rodillo asegurando una saturación completa, pasando la brocha o el rodillo sobre el sustrato. Se deben aplicar mínimo dos manos, en sustratos altamente absorbentes pueden ser necesaria más manos o capas. Deje que la primera capa seque antes de aplicar la siguiente mano. Dejar secar 24 horas o más antes de aplicar el estuco o la pintura.
Si va a estucar de nuevo use **Estuka Acrílico** cuando haya secado la última capa de **Sika® Imper Mur**.

3. Imprimante de estucos y pinturas en placas de yeso

1. Limpie el interior de la junta para retirar material extraño que impida la adherencia.
2. Instale **SikaRod** en el fondo de la junta para evitar que la masilla se pegue al perfil metálico.
3. Aplique con brocha una capa de **Sika® Imper Mur**, dentro de la junta.
4. Seguidamente, en el menor tiempo posible después de imprimar con el **Sika® Imper Mur**, llene la junta con **SikaWall® 225 Masilla en Polvo** para secado rápido (25 min aprox.) ó **Sika Joint Compound**. Deje secar esta capa mínimo 12 horas.
5. Coloque la cinta malla y aplique otra capa de **SikaWall® 225 Masilla en Polvo** ó **Sika Joint Compound**. Dejar secar esta capa mínimo 12 horas.
6. Aplique el estuco **Estuka Panel Flexible** en 2 o 3 capas para nivelar la superficie dejando secar 4 a 6 horas entre capas. Si requiere lijar utilice lija con agua. (No lije en seco).
7. Pinte las placas con pintura flexible **Sika Vinilo Panel**

Resumen del sistema
1. **SikaRod**: Fondo de junta.
2. **Sika® Imper Mur**: Imprimación.
3. **SikaWall® 225 Masilla en Polvo** ó **Sika Joint Compound**: Masilla para juntas.
4. **Estuka Panel**: Estuco flexible.
5. **Sika Vinilo Pane**l: Pintura flexible.

LIMITACIONES

En reparaciones de humedades ascendentes con capilaridad en muros, es importante tener en cuenta que el muro no debe estar saturado de agua. Si este es el caso se debe secar internamente con calor o utilizar un producto cementicio como **Sika 101 Mortero Plus** o **Sika-Top 121 Monocomponente**.
- **Sika® Imper Mur** es incapaz de prevenir el daño causado por la condensación sobre muros fríos (por ejemplo en habitaciones mal ventiladas).
- **Sika® Imper Mur** no puede ser usado para arreglar sustratos excesivamente dañados que requieren una nueva superficie (por ejemplo estucos deteriorados, etc.).
- Si no se recubre, **Sika® Imper Mur** en ciertas circunstancias puede cambiar de manera leve el aspecto visual de la superficie siempre realice pruebas preliminares antes de una completa aplicación.
- Deje que **Sika® Imper Mur** seque totalmente al punto de que no sea pegajoso antes de estucar, pintar o instalar el papel de colgadura.
- Cuando vaya a instalar papel de colgadura, use un adhesivo para este tipo de papel que esté diseñado para sustratos no absorbentes.

- Cuando se recubra con papel de colgadura lavable, use un adhesivo resistente al moho.

Toda la información técnica en esta ficha técnica de producto se basa en pruebas de laboratorio. Los datos medidos pueden variar debido a factores fuera de control.

NOTAS

Los usuarios deben referirse siempre a la versión local más reciente de la Hoja Técnica del Producto cuya copia será suministrada al ser solicitada.

RESTRICCIONES LOCALES

Este producto puede variar en su funcionamiento o aplicación como resultado de regulaciones locales específicas. Por favor, consulte la hoja técnica del país para la descripción exacta de los modos de aplicación y uso.

ECOLOGIA, SALUD Y SEGURIDAD

Para información y recomendaciones sobre transporte, manipulación, almacenamiento y eliminación de los productos químicos, por favor consulte la hoja de seguridad más reciente que contengan datos relativos a la seguridad física, ecológica, toxicológica y otros.

NOTAS LEGALES

La información, y en particular las recomendaciones relacionadas con la aplicación y uso final de los productos Sika, se proporcionan de buena fe, con base en el conocimiento y la experiencia actuales de Sika sobre los productos que han sido apropiadamente almacenados, manipulados y aplicados bajo condiciones normales de acuerdo con las recomendaciones de Sika. En la práctica, las diferencias en los materiales, sustratos y condiciones actuales de las obras son tales, que ninguna garantía con respecto a la comercialidad o aptitud para un propósito particular, ni responsabilidad proveniente de cualquier tipo de relación legal pueden ser inferidos ya sea de esta información o de cualquier recomendación escrita o de cualquier otra asesoría ofrecida. El usuario del producto debe probar la idoneidad del mismo para la aplicación y propósitos deseados. Sika se reserva el derecho de cambiar las propiedades de los productos. Los derechos de propiedad de terceras partes deben ser respetados. Todas las órdenes de compra son aceptadas con sujeción a nuestros términos de venta y despacho publicadas en la página web: col.sika.com.

Sika Colombia S.A.S
Vereda Canavita, Km 20.5 Autopista Norte
Tocancipá Cundinamarca Colombia
phone: +57 1 878 6333
e-mail: sika_colombia@co.sika.com
web: col.sika.com

Responsabilidad Integral

Metal xps

TU RESPALDO DE ACERO



STANDING SEAM xps

FICHA TÉCNICA

STANDING SEAM xps

FICHA TÉCNICA

INFORMACIÓN TÉCNICA

Teja metálica formada en frio, especialmente diseñada para fabricarse en obra y cubrir grandes superficies, en las que se requieren bajas pendientes y grandes luces sin traslapos longitudinales; gracias a su versatilidad se puede diseñar cubirtas con teja sencilla en alturas de 1.5" y 2``con páneles tipo sandwich.

VENTAJAS

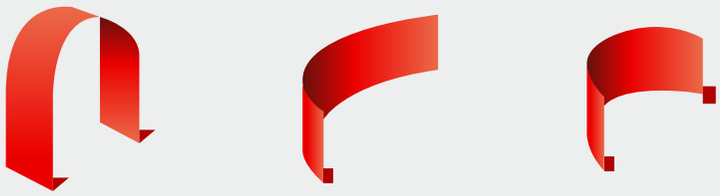
- No posee traslapo en la dirección del flujo del agua, grantizando un sistema completamente hermético.
- Frabricado y grafado en obra.
- No hay límite de longitud ya que es fabricada en una pieza de la canal a la cumbrera.
- Sistema de fijación oculta a base de clips.
- La tornillería no queda expuesta a la intemperie lo que disminuye el riesgo de posibles filtraciones.
- Las tejas pueden ser fabricadas de la longitud requerida es secciones rectas o curvas dependiendo del diseño arquitectónico.

USOS

- Plantas industriales
- Bodegas
- Edificio - vivienda
- Centros educativos
- Instalaciones deportivas
- Hangares
- Supermercados
- Fachadas y cerramientos

FICHA TÉCNICA **STANDING SEAM**

TEJA CURVA



Radio mínimo de curvatura	Altura del panel	Calibres
10	1.5” (38.1 mm)	25 - 24

COLORES DISPONIBLES

Azul Ral 5005.

Verde Ral 6005.

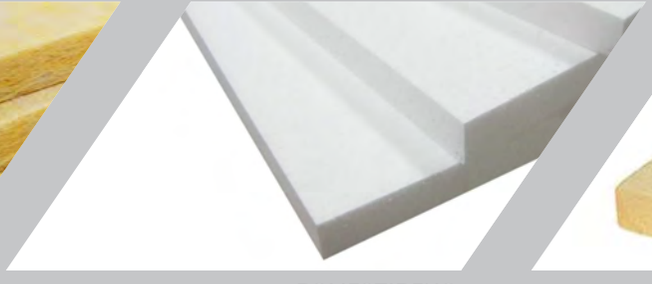
Blanco almendra Ral 9002.

Rojo Ral 3001.

AISLAMIENTOS



FIBRA DE VIDRIO

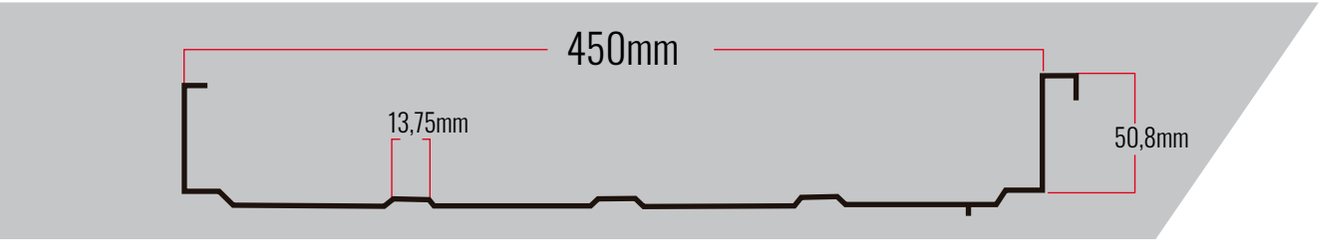


POLIESTIRENO



POLIURETANO

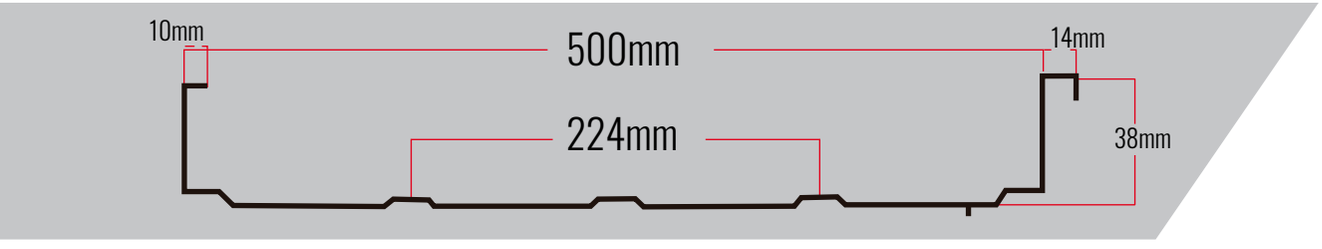
PANEL 2”



Altura Panel	Ancho útil (mm)	Callibre	Espesor (mm)	Peso (mm)
2” (50.8 mm)	450	24	0.60	6.38
		26	0.46	4.78

Tabla de carga	Luz Simble Carga (kg/m²)		Luz Continua Carga (kg/m²)	
Luces (mm)	C26	C26	C26	C26
1,800	78	123	110	181
1,900	67	104	99	163
2,000	57	89	89	147
2,100	49	77	81	133
2,200	43	67	74	121

PANEL 1.5”



Altura Panel	Ancho útil (mm)	Callibre	Espesor (mm)	Peso (mm)
1.5” (38.1 mm)	500	24	0.60	5.74
		26	0.46	4.3

Tabla de carga	Luz Simble Carga (kg/m²)		Luz Continua Carga (kg/m²)	
Luces (mm)	C26	C26	C26	C26
1,400	49	101	115	174
1,500	40	82	97	152
1,600	33	68	80	134
1,700	28	56	66	118
1,800	23	48	56	106

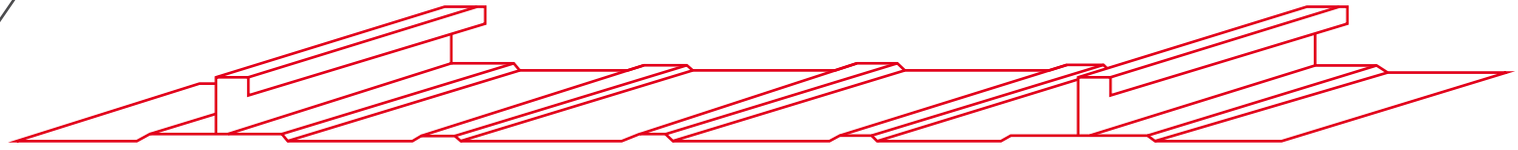
FICHA TÉCNICA **STANDING SEAM**



RECOMENDACIONES

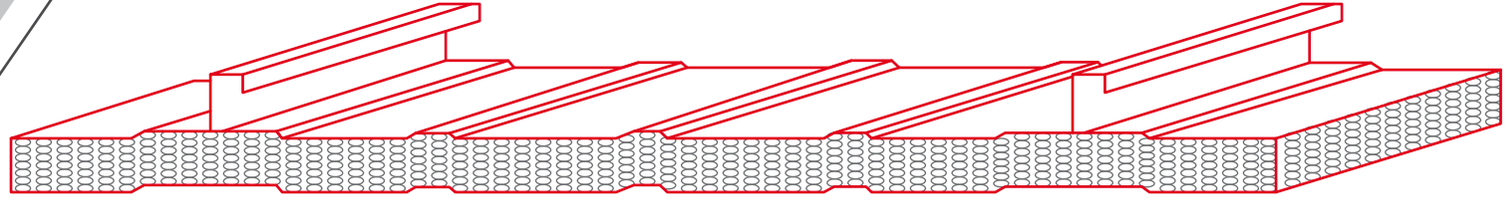
- Distancia recomendada entre correas para panel 2”: 1.80 m para Cal 26.
- Pendiente mínima panel 2”: 4%.
- Distancia recomendada entre correas para panel 1.5”: 1.50 m para Cal 26.
- Pendiente mínima panel 1.5”: 4%.

TEJA SENCILLA



Una sola bandeja

TEJA SENCILLA

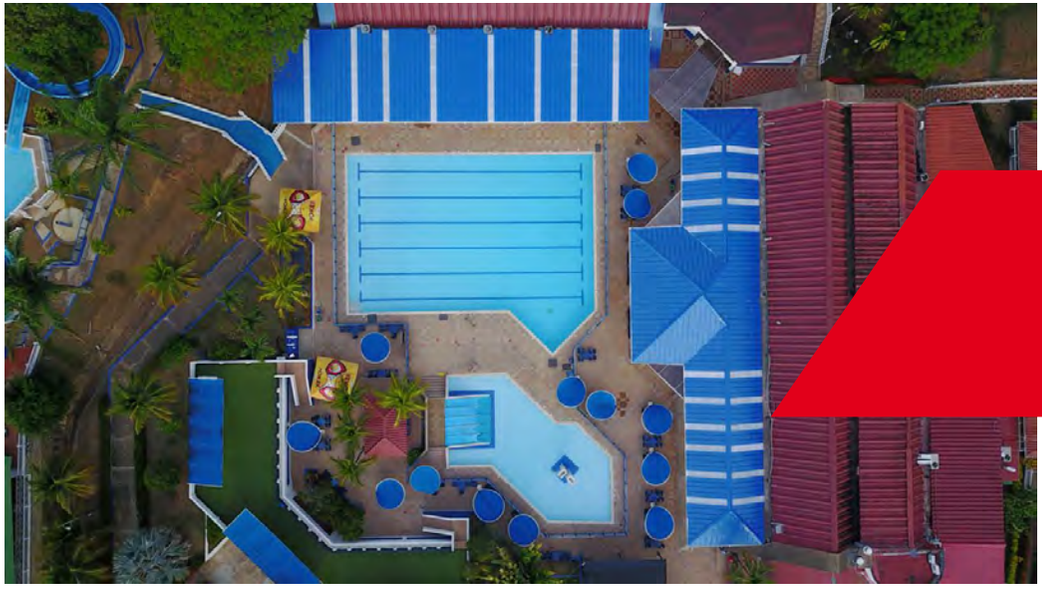


Bandeja superior e inferior con aislamiento sabrepuesto



Plaza de toros Purificación

StandingSeam
800mts
2010



Club Suboficiales Melgar

Standing Seam
500 mts
2013



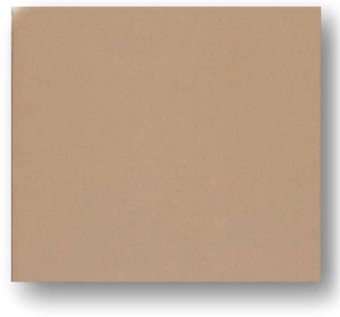
TU RESPALDO DE ACERO

Metal XPS se reserva el derecho de realizar modificaciones, aclaraciones y correcciones de la presente ficha técnica. Las modificaciones se publicarán en la página web.

322 343 9943
ventas2@metal-xpress.com
Av.Centenario # 100 - 72

FICHA TÉCNICA

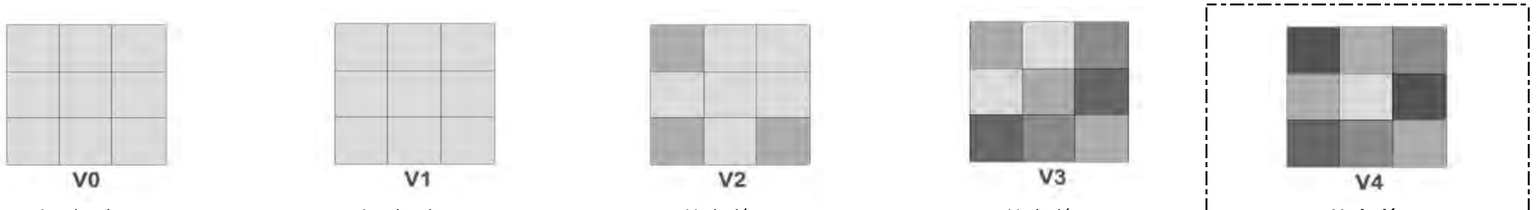
CÓDIGO SAP	225026402
NOMBRE DE LA REFERENCIA	NEW TABLON TRADICION SAHARA 30.5X30.5 -1
TAMAÑO NOMINAL(cm) NO MODULAR	30.5X30.5
GRUPO DE ABSORCIÓN	AIIa Parte 1/Anexo B
USO	PISO
TRAFICO	COMERCIAL ALTO
ESPESOR FABRICACIÓN (mm)	10.5
m^2 POR CAJA	1
UNIDADES	11
VARIACIÓN DE TONO SEGÚN NORMA ANSI A137-1	V4



El color presentado en la fotografía es una aproximación al color real.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS		ENSAYO	ESPECIFICACIÓN	ALFAGRES
ANCHO Y LARGO		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 2%Tamaño de fabricación /± 1,5%Tamaño promedio	< 1%
ESPESOR		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 10 %	< 10 %
RECTITUD DE LOS LADOS		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,6%	< 0,6%
ORTOGONALIDAD		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 1%	< 1%
PLANARIDAD DE LA SUPERFICIE	Curvatura Central	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	±1,5%	< 1%
	Curvatura del lado	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	±1,5%	< 1%
	Alabeo	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	±1,5%	< 1%
DEFECTOS SUPERFICIALES		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	Minimo 95% libre de defectos	Minimo 95% libre de defectos
ABSORCIÓN DE AGUA		NTC 4321 - 3 ISO 10545 - 3	3% < E ≤ 6%, valor individual máximo 6,5%	< 6 %
RESISTENCIA A LA ROTURA POR FLEXIÓN		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	a) Espesor ≥ 7,5 mm, Mínimo 950 N	> 1500 N
MÓDULO DE ROTURA		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Mínimo 20 N/mm2, mínimo individual 18 N/mm2	> 20 N/mm2
RESISTENCIA A LA ABRASIÓN PROFUNDA DE BALDOSAS NO ESMALTADAS: VOLUMEN REMOVIDO mm 3		NTC 4321 - 6 ISO 10545 - 6	Máximo 393 mm 3	< 275 mm3
RESISTENCIA AL CUARTEO		NTC 4321 - 11 ISO 10545 - 11	Método de ensayo disponible	No Aplica
RESISTENCIA AL CONGELAMIENTO		NTC 4321 - 12 ISO 10545 - 12	Método de ensayo disponible	Resistente
RESISTENCIA AL MANCHADO		NTC 4321 - 14 ISO 10545 - 14	No Aplica	No Aplica
RESISTENCIA A AGENTES QUÍMICOS		NTC 4321 - 13 ISO 10545 - 13	Resistencia a productos químicos domésticos y sales de piscina. Minimo B	Clase A (No hay efecto visible)
			Resistencia a bajas concentraciones de ácidos y álcalis. El fabricante establece la clasificación	Clase BA (No hay efecto visible)

Coeficiente Dinámico de Fricción (DCOF)		ANSI A 137.1		Clase 2



Apariencia Muy uniforme | Apariencia Uniforme | Variación Ligera | Variación Moderada | **Variación Sustancial**

Nota:

1 Para mayor información acerca de este producto, comuniquese a nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 331 1531, nacional 018000914900 o vía mail: servicioalcliente@alfa.com.co
2 Para areas donde requiera mayor resistencia al deslizamiento, utilice productos con DCOF CLASE 2
3 Fabricado por ALFAGRES S.A En Colombia.
4 Calidad Primera
5 Superficie No esmaltada
6 Señor consumidor por favor revise cuidadosamente la identificación del material, el lote y la fecha de producción se encuentran en el empaque del producto en físico.
7 Consulte el manual de instalación y mantenimiento para su correcto uso.
8 Especificación según Norma ISO 13006 - NTC 919 (Norma Técnica Colombiana)

Información publicada en MAYO 2021- Versión 2

Anexo TEC-15 – Control de Inspección y Equipos

GAMATECNICA INGENIERIA S.A.S

REPORTE INGRESO Y SALIDA DE EQUIPOS 6484

FECHA : ABRIL 03 DE 2013 CODIGO: GS-FR-04 VERSION : 0

FECHA 10/06/2023 EMPRESA CONTACTO CL SOLUCIONES INGENIERIA S.A.S

DIRECCION CALLE 39D SUR # 9-43 E-MAIL

TELEFONO 3183910636

TIPO DE EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	DESCRIPCION
ESTACION	RUIDE	RQS	268423	REVISION
NIVEL	TOPCON	AT-B4A	106043	REVISION

ACCESORIOS

PROTECTOR PLASTICO	NO	PLOMADA	NO
PROTECTOR EN LONA	UNO ESTACION	TAPALENTE	NO
ESTUCHE HERRAMIENTAS	NO	BATERIAS	DOS
ESTUCHE DE TRANSPORTE	UNO CADA UNO	CARGADOR	UNO

Motivo de Ingreso

CAMILO+

Fecha Retiro

NOTA: DESPUES DE 60 DIAS DIAS GAMATECNICA NO SE HACE RESPONSABLE POR EQUIPOS DEJADOS EN EL LABORATORIO

Sandra

FIRMA GAMATECNICA

ENTREGADO A SATISFACCION

Nombre

C.C

Fecha

Carrera 6 No. 46-09 Tels. (+571) 2452089 - 2872080 Fax. 2872497 Bogota Colombia
Email: ventas@gamatecnica.com - asistente@gamatecnica.com - WWW.GAMATECNICA.COM

GAMATECNICA INGENIERIA S.A.S

Nit. 800.066.243-9

CERT No 10292

SERVICIO DE LABORATORIO OPTOMECANICO Y ELECTRONICO

CERTIFICADO DE AJUSTE Y VERIFICACION

FECHA: 01 OCTUBRE 2016 **CODIGO : GAMA-MTO-003** **VERSION 003**

BOGOTA D.C. 10/06/2023 **FECHA DE VENCIMIENTO** 10/12/2023

EMPRESA CL SOLUCIONES

DIRECCION CALLE 39D SUR # 9-43 **CIUDAD** BOGOTA

INSTRUMENTO ESTACION **MARCA** RUIDE

MODELO RQS **SERIE No** 268423

PRECISION ANGULAR 2" **PRECISION EN DISTANCIA**

1. INSPECCION OPTOMECANICA	CORRECCION	AJUSTE	LUBRICACION	REVISION	REEMPLAZO	LIMPIEZA	CUMPLE LIC.
1.1 TRIPODE							X
1.2 BASE NIVELANTE			X			X	
1.3 NIVELES TUBULARES Y ESFERICOS	X						
1.4 VERTICALIDAD	X						
1.5 OPTICA GENERAL (LENTES Y PRISMAS)						X	
1.6 EJE VERTICAL Y HORIZONTAL							X
1.7 FRENOS Y MOVIMIENTOS TANGENCIALES					X		
1.8 PLOMADA OPTICA							X

2. INPECCION SISTEMA DE MEDIDA ANGULAR (COLIMADOR 02 MARCA RUIDE, SERIE 0301.	CORRECCION	AJUSTE	LUBRICACION	REVISION	REEMPLAZO	LIMPIEZA	CUMPLE LIC.
2.1 COMPENSADOR OPTOMECANICO							
2.2 COMPENSADOR ELECTRONICO	X						
2.3 COLIMACION VERTICAL	X						
2.4 COLIMACION HORIZONTAL	X						

POSICION 1 (VERTICAL)	90	GRADOS	0	MIN	0	SEG
POSICION2 (VERTICAL)	0	GRADOS	0	MIN	07	SEG
ERROR DETECTADO	0	GRADOS	0	MIN	07	SEG
POSICION 1 (HORIZONTAL)	0	GRADOS	0	MIN	0	SEG
POSICION 2 (HORIZONTAL)	180	GRADOS	0	MIN	08	SEG
ERROR DETECTADO	0	GRADOS	0	MIN	08	SEG

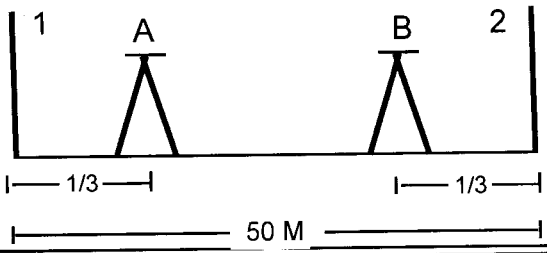
GAMATECNICA
INGENIERIA
S.A.S

CERT No 102

3 INSPECCION DE CONTROL DE DIFERENCIA NIVEL (COLIMADOR MARCA CARL ZEISS PRESICION 0.02 ¨ Y SOBRE LINEA BASE 50 M	CORRECCION	AJUSTE	CALIBRACION	REPARACION	REPUESTOS	INSPECCION	CUMPLE LOZ.
3.1 SISTEMA PENDULAR (AUTOMATICO)							N.A
3.2 SISTEMA DE COLIMACION (MECANICO)							N.A

A1	N,A	MM	B2	,NA	MM
A2		MM	B1		MM
A1-A2	0	MM	B2-B1	0	MM

ERROR DETECTADO N,A MM



4. INSPECCION EDM SOBRE LINEA BASE 319.678 M (DISTANCIOMETRO) CONDICIONES: TEMPERATURA 15 GRADOS, PRESION ATMOSFERICA 560 MM/HG, CONSTANTE PRISMA -30	CORRECCION	AJUSTE	CALIBRACION	REPARACION	REPUESTOS	INSPECCION	CUMPLE LOZ.
4.1 PRISMAS							N.A
4.2 NIVEL ESFERICO BASTON							N.A
4.3 BASTON							N.A
4.4 MEDIDA DISTANCIA							X

4.5 CONSTANTE DEL PPM	ADECUADA	X	INADECUADA	
4.6 CONSTANTE DEL PRISMA	ADECUADA	X	INADECUADA	

5. CONTROLES Y VISUALIZACION ELECTRONICA	CORRECCION	AJUSTE	CALIBRACION	REPARACION	REPUESTOS	INSPECCION	CUMPLE LOZ.
5.1 TECLADO							X
5.2 DISPLAY							X
5.3 ACCESO MEMORIA							X
5.4 BATERIA							X
5.5 COMUNICACION DISPOSITIVO EXTERNO							X

GAMATECNICA INGENIERIA S.A.S. CERTIFICA QUE EL INSTRUMENTO SE ENTREGA EN OPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y QUE LOS ERRORES ENCONTRADOS AL INGRESO DEL EQUIPO HAN SIDO CORREGIDOS PARA SATISFACER LOS PARAMETROS DE TOLERANCIA ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE

ING. LEONIDAS REYES CASTELBLANCO
DIRECTOR TECNICO

CARRERA 6 No 46 -09 - TELS. 2 452 089 - 2 872 080 - 2 872 497 - FAX 2 872 497 - asistente@gamatecnica.co
ventas@gamatecnica.com BOGOTA D.C

GAMATECNICA INGENIERIA S.A.S

Nit. 800.066.243-9

CERT No 10293

SERVICIO DE LABORATORIO
OPTOMECANICO Y ELECTRONICO
CERTIFICADO DE AJUSTE Y VERIFICACION

FECHA: 01 OCTUBRE 2016 **CODIGO : GAMA-MTO-003** **VERSION 003**

BOGOTA D.C. 10/06/2023 **FECHA DE VENCIMIENTO** 10/12/2023

EMPRESA CL SOLUCIONES

DIRECCION CALLE 39D SUR # 9-43 **CIUDAD** BOGOTA

INSTRUMENTO NIVEL **MARCA** TOPCON

MODELO AT-B4A **SERIE No** 106043

PRECISION ANGULAR **PRECISION EN DISTANCIA**

1. INSPECCION OPTOMECANICA	CORRECCION	AJUSTE	LUBRICACION	REPARACION	REEMPLAZO	INSPECCION	CUMPLE SI/NO
1.1 TRIPODE							X
1.2 BASE NIVELANTE	X	X	X		X	X	
1.3 NIVELES TUBULARES Y ESFERICOS	X	X					
1.4 VERTICALIDAD							N,.A
1.5 OPTICA GENERAL (LENTES Y PRISMAS)						X	
1.6 EJE VERTICAL Y HORIZONTAL			X			X	
1.7 FRENOS Y MOVIMIENTOS TANGENCIALES						X	
1.8 PLOMADA OPTICA							N.A

2. INPECCION SISTEMA DE MEDIDA ANGULAR (COLIMADOR 02 MARCA RUIDE, SERIE 0301.	CORRECCION	AJUSTE	LUBRICACION	REPARACION	REEMPLAZO	INSPECCION	CUMPLE SI/NO
2.1 COMPENSADOR OPTOMECANICO							N.A
2.2 COMPENSADOR ELECTRONICO							N.A
2.3 COLIMACION VERTICAL							N.A
2.4 COLIMACION HORIZONTAL							N.A

POSICION 1 (VERTICAL)	--	GRADOS	--	MIN	--	SEG	
POSICION2 (VERTICAL)	--	GRADOS	--	MIN	--	SEG	
ERROR DETECTADO	--	GRADOS	--	MIN	--	SEG	
POSICION 1 (HORIZONTAL)	--	GRADOS	--	MIN	--	SEG	
POSICION 2 (HORIZONTAL)	--	GRADOS	--	MIN	--	SEG	
ERROR DETECTADO	--	GRADOS	--	MIN	--	SEG	

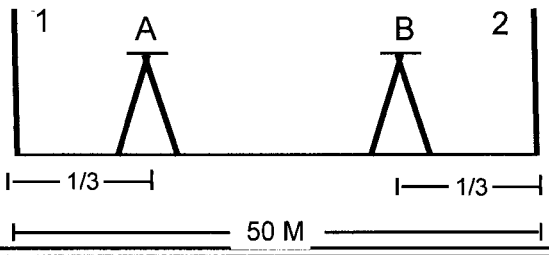
GAMATECNICA INGENIERIA S.A.S

CERT No 10283

3 INSPECCION DE CONTROL DE DIFERENCIA NIVEL (COLIMADOR MARCA CARL ZEISS PRESICION 0.02 " Y SOBRE LINEA BASE 50 M	CORRECCION	CHOQUE	CURVATURA	REFRACCION	REFLEXION	JUSTIFICA	CUMPLE SI/NO
3.1 SISTEMA PENDULAR (AUTOMATICO)							X
3.2 SISTEMA DE COLIMACION (MECANICO)							N.A

A1	1.454	MM	B2	1.554	MM
A2	1.450	MM	B1	1.550	MM
A1-A2	4	MM	B2-B1	4	MM

ERROR DETECTADO 4 MM



4. INSPECCION EDM SOBRE LINEA BASE 319.678 M (DISTANCIOMETRO) CONDICIONES: TEMPERATURA 15 GRADOS, PRESION ATMOSFERICA 560 MM/HG, CONSTANTE PRISMA -30	CORRECCION	CHOQUE	CURVATURA	REFRACCION	REFLEXION	JUSTIFICA	CUMPLE SI/NO
4.1 PRISMAS							N.A
4.2 NIVEL ESFERICO BASTON							N.A
4.3 BASTON							N.A
4.4 MEDIDA DISTANCIA							N.A

4.5 CONSTANTE DEL PPM	ADECUADA		INADECUADA	X
4.6 CONSTANTE DEL PRISMA	ADECUADA		INADECUADA	X

5. CONTROLES Y VISUALIZACION ELECTRONICA	CORRECCION	CHOQUE	CURVATURA	REFRACCION	REFLEXION	JUSTIFICA	CUMPLE SI/NO
5.1 TECLADO							N.A
5.2 DISPLAY							N.A
5.3 ACCESO MEMORIA							N.A
5.4 BATERIA							N.A
5.5 COMUNICACION DISPOSITIVO EXTERNO							N.A

GAMATECNICA INGENIERIA S.A.S. CERTIFICA QUE EL INSTRUMENTO SE ENTREGA EN OPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y QUE LOS ERRORES ENCONTRADOS AL INGRESO DEL EQUIPO HAN SIDO CORREGIDOS PARA SATISFACER LOS PARAMETROS DE TOLERANCIA ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE

ING. LEONIDAS REYES CASTELBLANCO
DIRECTOR TECNICO

CARRERA 6 No 46 -09 - TELS. 2 452 089 - 2 872 080 - 2 872 497 - FAX 2 872 497 - asistente@gamatecnica.com
ventas@gamatecnica.com BOGOTA D.C

DOBLE A INGENIERIA

LABORATORIO DE DOBLE A INGENIERÍA SAS

DISEÑO DE MEZCLA ASFÁLTICA DENSA EN CALIENTE ESPECIFICACIÓN INV ART 450-13 TIPO MDC-10

FEBRERO DE 2023

DOBLE A INGENIERIA

CONTENIDO

1. OBJETIVO:....4
2. GRANULOMETRÍA DE LOS MATERIALES:....4
   2.1. GRANULOMETRÍA DE LOS MATERIALES INDIVIDUALES....4
   2.2. GRANULOMETRÍA COMBINADA DE LA FÓRMULA DE TRABAJO....5
3. DENSIDADES DE MATERIALES AGREGADOS COMBINADOS....6
4. CARACTERIZACIÓN AGREGADOS PÉTREOS....6
   4.1. EVALUACIÓN DE PROPIEDADES DE EMPAQUETAMIENTO POR EL METODO BAILEY....6
   4.2. AGREGADOS PÉTREOS....7
   4.3. PROPORCION MAXIMA DE ARENA NATURAL EN EL AGREGADO PARA MEZCLAS ASFALTICAS EN CALIENTE....8
   4.4. LLENANTE MINERAL....8
5. CARACTERIZACIÓN CEMENTO ASFÁLTICO....9
6. DISEÑO MARSHALL....11
7. FÓRMULA DE TRABAJO....12
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....13

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Porcentajes agregados en fórmula de trabajo....4
Tabla 2 Tolerancias Granulométricas Especificación INV (Tabla 450-6)....4
Tabla 3 Porcentajes pasa de las granulometrías individuales verificada en fórmula de trabajo....5
Tabla 4 Gravedad Especifica Agregado combinado – para diseño....6
Tabla 5 Valores obtenidos de la curva granulométrica de comprobación (Empaquetamiento Método Bailey)....6
Tabla 6: Verificación de cumplimiento Rangos de Aceptación Método Bailey....6
Tabla 7 Propiedades físicas agregados pétreos gruesos - para diseño (Tabla 450.3 INV -2013)....7
Tabla 8 Proporción Máxima de Arena Natural (Tabla 450.4 INV 2013)....8
Tabla 9 Propiedades físicas llenante mineral - para diseño (Tabla 450-5 INV2013)8
Tabla 10 Especificación del cemento asfaltico (Tabla 410.1 ART 450-13)....9
Tabla 11 Resumen Propiedades Gravimétricas, Volumétricas, carga y deformación....11
Tabla 12 Criterios de aceptación para el diseño de la mezcla....12

DOBLE A INGENIERIA

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Porcentajes pasa de la granulometría verificada en fórmula de trabajo.....5

Ilustración 2 Curva reológica del Asfalto 60-70 (INCOASFALTOS).....10

ANEXOS ESPECIFICACIONES INV-2013

Anexo 1 Gradaciones Individuales

Anexo 2 Caracterización Agregados (Tabla 450.3)

Anexo 3 Proporción máxima de arena natural (Tabla 450.4)

Anexo 4 Proporción y requisitos del Llenante Mineral (Tabla 450.5)

Anexo 5 Certificado de calidad cemento asfáltico (Tabla 450.8)

Anexo 6 Diseño Marshall – Criterios de diseño (Tabla 450.10)

Anexo 7 Ensayos de verificación del diseño (tabla 450.11)

a) Adherencia (TSR)
b) Deformación Plástica
c) Módulo Resiliente
d) Ley de Fatiga

1. OBJETIVO:

Definir la fórmula de trabajo, para la producción de mezcla asfáltica en caliente; contenido óptimo de asfalto y la combinación de los diferentes agregados que encajen en la curva granulométrica tipo MDC-10 y satisfaga los requisitos establecidos en la especificación técnica artículo 450-13 del Instituto Nacional de Vías, con un nivel de transito NT3, para una capa de Rodadura, con asfalto 60-70, agregados de Mondoñedo, Rio Guayuriba y Arena natural del Tolima. De acuerdo con el método Marshall INV-E-748-13, aplicando los criterios indicados en la tabla 450-10. Para el análisis volumétrico del diseño se utilizarán los criterios y procedimientos de cálculo establecidos en la norma INV-E-799-13 y el manual MS-2 del Instituto de Asfalto.

2. GRANULOMETRÍA DE LOS MATERIALES:

2.1. GRANULOMETRÍA DE LOS MATERIALES INDIVIDUALES

Se realizaron en el laboratorio las granulometrías individuales de los siguientes agregados para el diseño: Arena triturada y seleccionada de 3/8", Mondoñedo, Arena triturada de Rio Guayuriba y Arena natural del Tolima después de analizar y combinar los diferentes agregados se determinaron los siguientes porcentajes:

DOSIFICACIÓN DE AGREGADOS - FÓRMULA DE TRABAJO	
TIPO DE MATERIAL - FUENTE	%
Arena triturada 3/8" Mondoñedo	40
Arena triturada Rio Guayuriba (Lavada)	25
Arena triturada Rio Guayuriba (Sin lavar)	20
Arena natural del Tolima	15

Tabla 1 Porcentajes agregados en fórmula de trabajo

TOLERANCIAS GRANULOMETRICAS	
PORCENTAJE QUE PASA EL TAMIZ	TOLERANCIA EN PUNTOS DE % SOBRE EL PESO SECO DE LOS AGREGADOS
4,75 mm (N°4) y mayores	±4
2,00 mm (N°10)	±3
0,425mm (N°40)	
0,0180mm (N°80)	
0,075mm (N°200)	±1

Tabla 2 Tolerancias Granulométricas Especificación INV (Tabla 450-6)

2.2. GRANULOMETRÍA COMBINADA DE LA FÓRMULA DE TRABAJO

A continuación, se presentan las granulometrías individuales de los agregados pétreos y las proporciones en que se deben combinar para obtener la granulometría establecida de la fórmula de trabajo para tipo de mezcla densa:

						% Dosificación				
ESPECIFICACIÓN INV ART 450-13 TABLA 450-6						40	25	20	15	100,0
Tamiz		Tipo	MDC-10	Tolerancia Tabla 450-6		Arena Triturada 3/8" Mondoñedo	Arena Triturada Río Guayuriba (Lavada)	Arena Triturada Río Guayuriba (Sin lavar)	Arena Natural del Tolima	Mezcla
US Standard	mm	% pasa								
3/8"	9,5	100	100	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	**100**
4	4,75	65	87	73	81	75,4	64,5	81,0	93,5	**77**
10	2,00	43	61	50	56	43,2	44,0	60,0	85,4	**53**
40	0,425	16	29	19	25	20,1	15,4	22,4	39,8	**22**
80	0,180	9	19	11	17	19	7,5	16,0	8,0	**14**
200	0,075	5	10	5,8	7,8	11,5	3,2	4,6	3,2	**6,8**

Tabla 3 Porcentajes pasa de las granulometrías individuales verificada en fórmula de trabajo

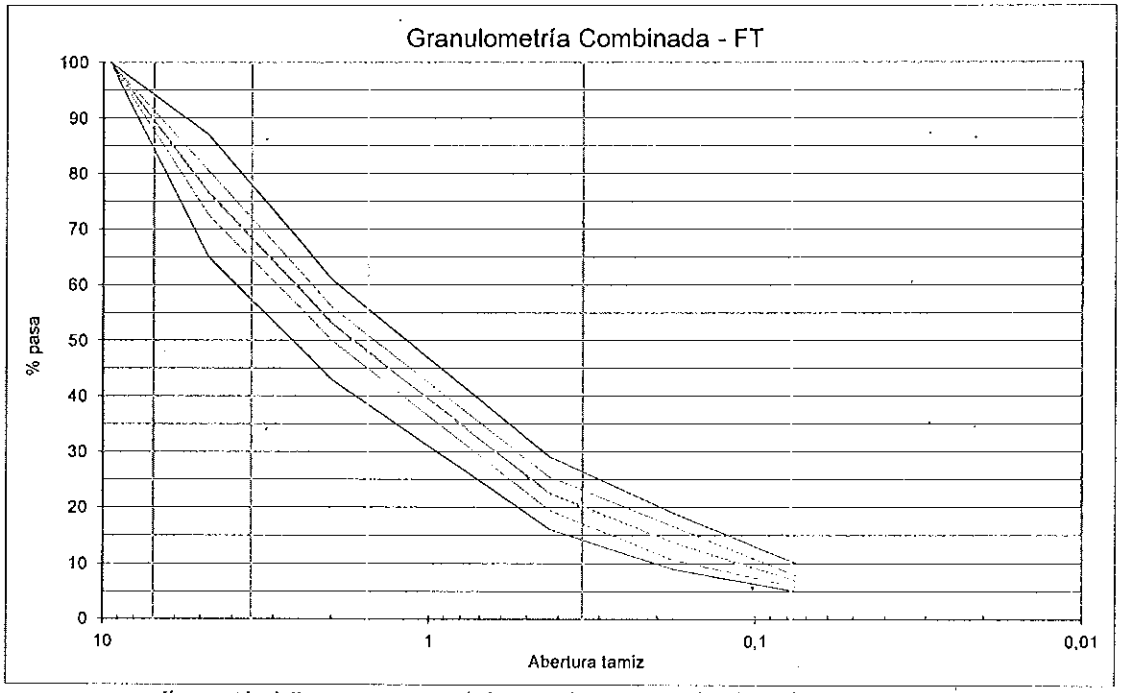


Ilustración 1 Porcentajes pasa de la granulometría verificada en fórmula de trabajo

3. DENSIDADES DE MATERIALES AGREGADOS COMBINADOS

Se realizaron las densidades de los materiales combinados para la fórmula de trabajo: Arena triturada y seleccionada de 3/8" Mondoñedo, Arena triturada de Rio Guayuriba, Arena natural del Tolima y al llenante mineral:

COMPOSICION	%	GS- BULK	
P1= AGREGADO GRUESO	23,5	G1=	2,38
P2= AGREGADO FINO	69,7	G2=	2,55
P3= LLENANTE MINERAL	6,8	G3=	2,64
GE Agregado combinado (g/cm^3)		Gsb=	2,515

Tabla 4 Gravedad Especifica Agregado combinado – para diseño

4. CARACTERIZACIÓN AGREGADOS PETREOS

4.1. EVALUACIÓN DE PROPIEDADES DE EMPAQUETAMIENTO POR EL METODO BAILEY

De la curva granulométrica de comprobación se interpola para sacar los valores y comprobar los parámetros de empaquetamiento por el método Bailey, para ello se seleccionan los porcentajes pasantes de diferentes fracciones: Tamaño Máximo Nominal (NMPS), Tamiz Medio (Half sieve), Tamiz de Control Primario (PCS), Tamiz de Control Secundario (SCS) y Tamiz de Control Terciario (TCS).

	MÉTODO BAILEY		TAMIZ (MM)	% PASA
A	**(NMPS)** Tamaño Máximo Nominal	(NMPS)	7,00	90
B	**(Half Sieve)** Tamiz medio	A/2	3,50	67
C	**(PCS)** Tamiz de Control Primario	A*,0,22	1,54	47
D	**(SCS)** Tamiz de control secundario	C*,0,22	0,34	23
E	**(TCS)** Tamiz de control terciario	D*,0,22	0,08	8
*Valores obtenidos por interpolación de la gradación de comprobación				

Tabla 5 Valores obtenidos de la curva granulométrica de comprobación (Empaquetamiento Método Bailey)

TAMIZ MEDIO (TCM)	VALOR	RANGO ACEPTACIÓN DMN 12.5 MM	CUMPLE
AG (CA)	0,61	0,50-0,65	SI
Afg (Fac)	0,49	0,35-0,50	SI
Aff (Faf)	0,35	0,35-0,50	SI

Tabla 6: Verificación de cumplimiento Rangos de Aceptación Método Bailey

4.2. AGREGADOS PÉTREOS

A los agregados gruesos, finos y llenante empleados en la fórmula de trabajo, se les evaluaron las propiedades físicas indicadas en el artículo 450-13 de la especificación INV-2013 - Tabla 450.3, a continuación, se presenta un consolidado de los agregados pétreos, cuyos resultados se resumen en la tabla N° 7 comparándolos con los criterios de aceptación de la especificación INV-450-13

ENSAYO		NORMA INVE-2013	REQUISITO NT3	RESULTADO OBTENIDO	OBSERVACIÓN
DUREZA					
Desgaste Los Ángeles, En seco, capa de rodadura)	500 revoluciones	218	Máximo 25%	22	Cumple
	100 revoluciones		Máximo 5%	5	Cumple
Micro Deval (Capa de rodadura)		238	Máximo 20%	18.6	Cumple
10% Finos (Capa de rodadura)	Valor en seco	224	Mínimo 110kN.	N.A	No Aplica
	Relación Húmedo/seco		Mínimo 75%	N.A	No Aplica
DURABILIDAD					
Perdidas en ensayo de Solidez en sulfato de Magnesio, agregado fino y grueso,		220	Máximo 18%	10	Cumple
LIMPIEZA AGREGADO GRUESO					
Impureza de Agregado grueso		237	Máximo 0,5%	0,47	Cumple
LIMPIEZA GRADACIÓN COMBINADA					
Índice de plasticidad		125-126	NP	No Plástico	Cumple
Equivalente de Arena		133	Mínimo 50%	51	Cumple
Valor de Azul de Metileno		235	Máximo 10%	2	Cumple
GEOMETRIA DE LAS PARTÍCULAS AGREGADO GRUESO					
Partículas Planas y Alargadas, relación 1:5		240	Máximo 10%	N. A	No Aplica
Partículas fracturadas mecánicamente	1 cara	227	Mínimo 85%	N. A	No Aplica
	2 caras		Mínimo 70%	N. A	No Aplica
GEOMETRIA DE LAS PARTÍCULAS AGREGADO FINO					
Angularidad de la fracción fina, Método A (Capa de rodadura)		239	Mínimo 45	46,1	Cumple
ADHESIVIDAD					
* Agregado Grueso: Cubrimiento de los agregados con materiales asfalticos en presencia de agua hirviendo (%)		757	Reportar	Mayor al 98%	N.A
* Agregado Fino: Adhesividad de los ligantes bituminosos a los agregados finos (método Riedel-Weber)		774	Mínimo 4	10	OK

Tabla 7 Propiedades fisicas agregados pétreos gruesos - para diseño (Tabla 450.3 INV -2013)

4.3. PROPORCION MAXIMA DE ARENA NATURAL EN EL AGREGADO PARA MEZCLAS ASFALTICAS EN CALIENTE

A continuación, se presenta un consolidado de la proporción de arena natural, cuyos resultados se resumen en la tabla N°8 y se comparan con los criterios de aceptación de la especificación INV-450-13

CARACTERISTICA	REQUISTO NT3	RESULTADO OBTENIDO		OBSERVACION
Proporción de Arena natural: % de la masa total del agregado combinado	≤15%	15,0		Cumple
Proporción de Arena natural: % de la masa total del agregado fino	≤50%	% Grava	23.5	Cumple
		%Arena	69.7	
		%Finos	6.8	
		Total, Agregado Fino (%Arenas+%Finos)	76.6	
		% Arena Natural	15,0	
		Relación arena Natural / Total Agregado Fino	**19.6**	

Tabla 8 Proporción Máxima de Arena Natural (Tabla 450.4 INV 2013)

4.4. LLENANTE MINERAL

Teniendo en cuenta el numeral 450.2.1.3, de la especificación INV-ART-450-13. El llenante mineral podrá provenir de los procesos de trituración y clasificación de los agregados pétreos. En este caso corresponde a la totalidad de la porción del material pasa tamiz de 75 µm (N°200), de la gradación combinada de la fórmula de trabajo.

Cuyos resultados se resumen en la tabla N° 9, comparándolos con los criterios de aceptación de la especificación INV-ART-450-13

ENSAYO	NORMA INV.E 2013	REQUISTO NT3	RESULTADO OBTENIDO	OBSERVACION
CANTIDAD DE LLENANTE MINERAL DE APORTE				
Proporción de llenante mineral de aporte, % en masa del llenante total (Capa Intermedia)	-	≥50	100%	Cumple
Granulometría del llenante mineral de aporte	-	% que pasa tamiz N°40 = 100%	100%	Todo el material (llenante mineral) pasa 100% por el tamiz N°200
		% que pasa tamiz N°100 >90%		
		% que pasa tamiz N°200 > 75%		
Densidad Bulk, g/cm^3	225	0,5 a 0,8	0,8	Cumple
Vacíos del llenante seco compacto	229	≥38%	44,1	Cumple

Tabla 9 Propiedades físicas llenante mineral - para diseño (Tabla 450-5 INV2013)

5. CARACTERIZACIÓN CEMENTO ASFÁLTICO

El ligante asfaltico a emplear en el diseño Marshall, de acuerdo a la tabla 450-8 del Instituto Nacional de Vías, para una capa de Rodadura y un nivel de Transito NT3, se seleccionó un cemento asfaltico 60-70, el cual satisface lo establecido en la tabla 410.1

CARACTERÍSTICA	NORMA DE ENSAYO INV	GRADO DE PENETRACIÓN 40-50		60-70		80-100	
		MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Asfalto original							
Penetración (25° C, 100 g, 5 s), 0.1 mm	E-706	40	50	60	70	80	100
Punto de ablandamiento, °C	E-712	52	58	48	54	45	52
Índice de penetración	E-724	-1.2	+0.6	-1.2	+0.6	-1.2	+0.6
Viscosidad absoluta (60° C), P	E-716 o E-717	2000	-	1500	-	1000	-
Ductilidad (25° C, 5 cm/min), cm	E-702	80	-	100	-	100	-
Solubilidad en tricloroetileno, %	E-713	99	-	99	-	99	-
Contenido de agua, %	E-704	-	0.2	-	0.2	-	0.2
Punto de inflamación mediante copa abierta de Cleveland, °C	E-709	240	-	230	-	230	-
Contenido de parafinas, %	E -718	-	3	-	3	-	3
Asfalto residual luego de la prueba de acondicionamiento en película delgada rotatoria (norma de ensayo INVE-720)							
Pérdida de masa por calentamiento, %	E-720	-	0.8	-	0.8	-	1.0
Penetración del residuo, en % de la penetración del asfalto original	E-706	55	-	50	-	46	-
Incremento en el punto de ablandamiento, °C	E-712	-	8	-	9	-	9
Índice de envejecimiento: relación de viscosidades (60° C) del asfalto residual y el asfalto original	E-716 o E-717	-	4	-	4	-	4

Tabla 10 Especificación del cemento asfaltico (Tabla 410.1 ART 450-13)

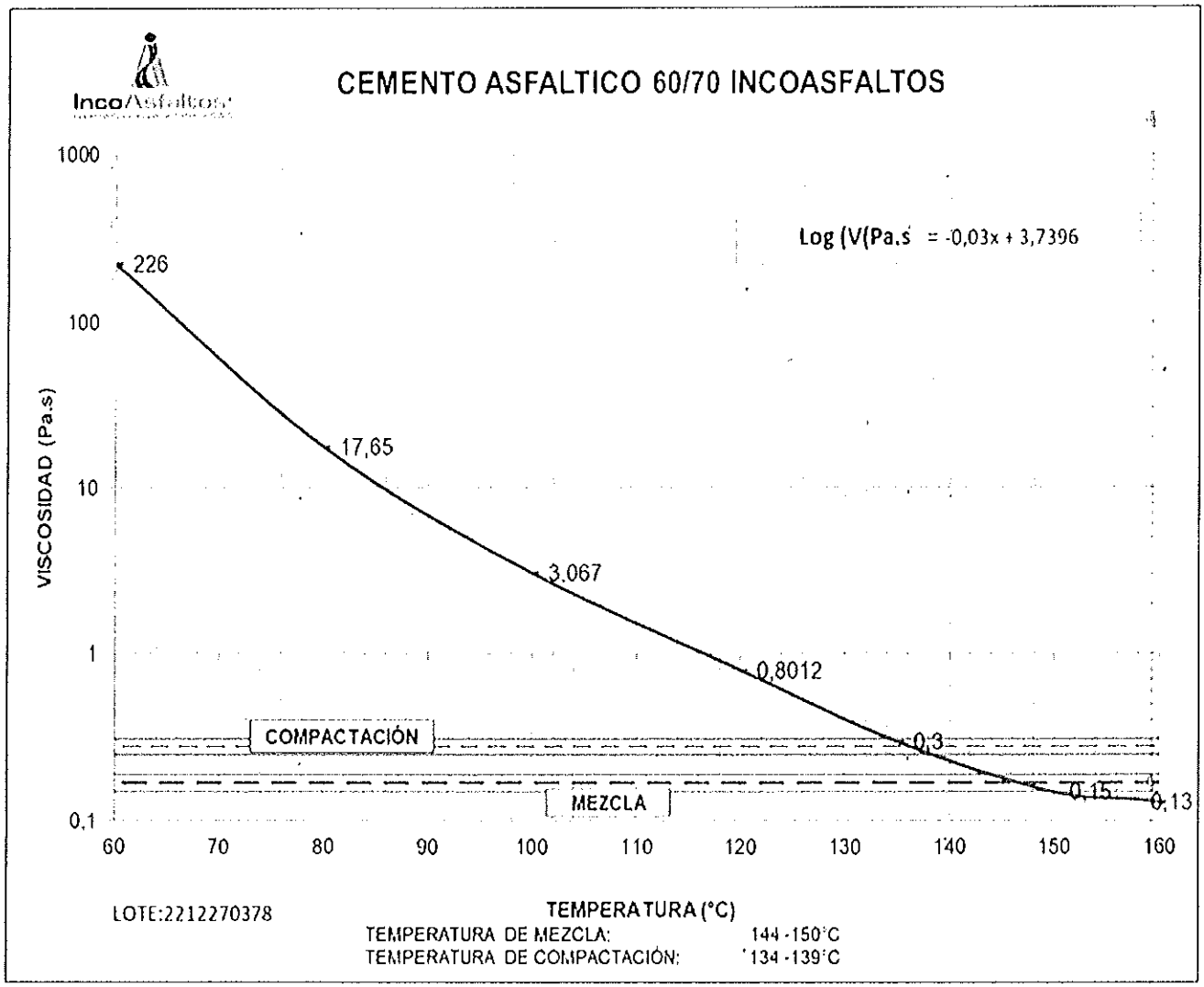


Ilustración 2 Curva reológica del Asfalto 60-70 (INCOASFALTOS)

6. DISEÑO MARSHALL

Siguiendo la metodología establecida en el manual MS-2, empleando el Aparato Marshall INV-E-748-13 y los análisis volumétricos de mezclas asfálticas en caliente INV-E-799-13, Se elaboraron 15 briquetas divididas en 5 grupos de 3 briquetas cada uno con incrementos de 0.5% de asfalto, iniciando con 5.5% de asfalto y finalizando con 7.5%.de asfalto 60-70 en peso.

La temperatura del asfalto para mezclado debe corresponder a aquella que permita obtener un asfalto líquido con una viscosidad de 170±20 cP. de la curva reológica de Incoasfaltos se deduce que la temperatura de mezclado se encuentra en el rango de 144-150°C.

La temperatura seleccionada para la compactación de las briquetas de diseño fue de 139°C; Los agregados fueron incorporados a la mezcla entre 10°C y 15°C por encima de la temperatura del cemento asfáltico.

Una vez compactadas las briquetas, estas fueron sometidas a los ensayos de Densidad Bulk según la norma INV-E-733-13, Estabilidad y Flujo INV-E-748-13; a cada porcentaje de asfalto adicionalmente se le realizó el ensayo de Rice, para el cálculo de Vacíos.

(PB) % DE ASFALTO	GRAVEDAD ESPECIFICA PROMEDIO (GMB)	VACIOS CON AIRE (%VA)	% VACIOS LLENOS CON ASF. (%VFA)	ESTABILIDAD E (KN)	FLUJO (F) mm
5,5	2,185	7,4	58,5	15,0	3,0
6,0	2,208	6,2	64,8	15,9	3,1
6,5	2,216	5,4	69,4	16,3	3,2
7,0	2,207	5,3	71,0	15,9	3,3
7,5	2,189	5,8	70,4	15,0	3,4

Tabla 11 Resumen Propiedades Gravimétricas, Volumétricas, carga y deformación

Todos los datos obtenidos, fueron verificados por medio de la interpretación de los criterios de los "Máximos Mínimos y Mínimos Máximos" definidos en las curvas de diseño del manual del Instituto del Asfalto MS-2, de esta manera se determina el contenido óptimo de asfalto en la mezcla.

7. FÓRMULA DE TRABAJO

Con base a lo expuesto anteriormente la fórmula de trabajo queda definida de la siguiente manera:

FORMULA DE TRABAJO FINAL DISEÑO MARSHALL - INV ARTICULO 450-13			
ENSAYO	NORMA - FUENTE	RESULTADO OBTENIDO	ARTICULO 450-13
CEMENTO ASFÁLTICO			
Temperatura de Compactación (°C)	CEMENTO ASFÁLTICO 60-70 BARRANCABERMEJA	134 - 139	Reportar
Temperatura de Mezcla (°C)	CEMENTO ASFÁLTICO 60-70 BARRANCABERMEJA	144 - 150	Reportar
DOSIFICACIÓN AGREGADOS (%)			
Arena Triturada 3/8" Mondoñedo	INV E 213-13	40	Reportar
Arena Triturada Río Guayuriba (Lavada)	INV E 213-13	25	Reportar
Arena Triturada Río Guayuriba (Sin lavar)	INV E 213-13	20	Reportar
Arena Natural del Tolima	INV E 213-13	15	Reportar
FORMULA DE TRABAJO - REFERIDA			
Contenido óptimo de asfalto (%)	INV E 732-13	6,8	Reportar
Peso específico aparente (g/cm^3)	INV E 733-13	2,214	Reportar
Gravedad Especifica maxima teorica -RICE	INV E 735-13	2,336	Reportar
CRITERIOS PARA EL DISEÑO PRELIMINAR			TABLA 450-10
Compactación (Golpes / cara)	INV E 748-13	75	Reportar
Estabilidad mínima (N)	INV E 748-13	16,1	9,0 kN
Flujo (mm)	INV E 748-13	3,2	2 a 3.5
Relación Estabilidad Flujo kN/mm	INV E 748-13	5,0	3,0 -6,0
Vacíos con aire (%)	INV E 736-13	5,2	4-6
Vacíos en agregados Minerales VAM (%)	INV E 799-13	18,0	16 mín.
Vacíos llenos de asfalto VFA (%)	INV E 799-13	70,9	65-75
Relación Llenante / Ligante efectivo, en peso	INV E 799-13	1,15	0,8 - 1,2
Masa Unitaria aparente del llenante (g/cm^3)	INV E 225-13	0,7	0,5 - 0,8
Cv: Concentración Real en Volumen del Llenante, (F/F+A)	INV E 745-13	0,29	Reportar
Cs: Concentración crítica del Llenante,	INV E 745-13	0,30	Reportar
Concentración del Llenante Condición Cs ≥ Cv	INV E 745-13	OK	Verificar
Evaluación de propiedades de empaquetamiento por el método Bailey	-	OK	Reportar
Espesor promedio de la Película de Asfalto µm	INV E 741-13	7,74	7,5 min.

Tabla 12 Criterios de aceptación para el diseño de la mezcla

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La combinación de: 40% Arena triturada y seleccionada de 3/8" Mondoñedo, 45% Arena triturada de Río Guayuriba y 15% Arena natural del Tolima, cumple con el Rango granulométrico para mezclas densas en caliente establecido en la tabla 450-4 tipo MDC-10 del artículo 450-13 del Instituto Nacional de Vías.

Analizando los resultados obtenidos y las gráficas realizadas se determina que el porcentaje óptimo de ligante en la mezcla MDC-10, para un nivel de tránsito NT3 es **6.8%** de asfalto 60-70. En el cual se cumple con todos los parámetros establecidos en el artículo 450-13, tabla 450-10.

El rango de trabajo de la mezcla de acuerdo a la tolerancia del ± 0.3 exigida por la especificación INV-450-13 es de **6.5% a 7.1%.**

Se determinó la evaluación de susceptibilidad al agua de las mezclas asfálticas compactadas utilizando la prueba de tracción indirecta TSR INV-E-725-13, el resultado obtenido de **84.52%**, indica que la mezcla diseñada tiene baja susceptibilidad a los daños producidos por humedad.

En el proceso de colocación y compactación en obra se sugiere que sea ejecutado a la temperatura más alta posible que la mezcla soporte la carga de los equipos utilizados sin que se generen agrietamientos o desplazamientos.

Las temperaturas de trabajo relacionadas en el presente informe están sujetas al resultado de las curvas reológicas emitidas por el proveedor, más sin embargo la temperatura de compactación en campo será la definida en cada uno de los frentes de obra mediante un tramo de prueba, con los equipos utilizados con el fin de determinar el tren de compactación adecuado para cada proyecto.

Tec. JHON ROMERO
Jefe de Laboratorio

IC. ESTEBAN JIMENEZ
Ingeniero de producción

ANEXO 1

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ANALISIS GRANULOMETRICO DE GRUESOS Y FINOS Y CANTIDAD DE MATERIAL FINO QUE PASA POR EL TAMIZ No. 200.

FOR-LB-008 | PAG 1 DE 1

REV: 6 de 01/05/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Fuente: Cantera Mondoñedo
Tipo de Muestra: Arena Triturada y seleccionada a 3/8"
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

Muestra No.: 4 185-22
Informe No. 1 395-22

GRANULOMETRIA

INV E-213-13 e INV E-214-13.

TAMIZ		RESULTADO OBTENIDO			
Alterno.	Normal mm.	Peso retenido en gramos (P_i)	Porcentaje retenido (Pr_i)	Porcentaje retenido acumulado (Pa_i)	Porcentaje que pasa.
4"	100,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
2-1/2"	63,0	0,0	0	0	100
2"	50,0	0,0	0	0	100
1-1/2"	37,5	0,0	0	0	100
1"	25,0	0,0	0	0	100
3/4"	19,0	0,0	0	0	100
1/2"	12,5	0,0	0	0	100
3/8"	9,5	0,0	0	0	100
No.4	4,75	440,1	25	25	75,4
No.10	2,0	577,1	32	57	43,2
No.40	0,425	413,2	23	80	20,1
No.80	0,18	19,8	1	81	19,0
No.200	0,075	130,9	7	88	11,5
Fondo		208,5	11,7	100	

Determinación del material que pasa por el Tamiz 200 - INV E-214/13.

Peso de la muestra seca sin lavar (P1) en gramos:	1 789,6 g
Peso de la muestra seca despues de lavado sobre el T200 (P2) en gramos:	1 584,2 g
Peso de llenante mineral en gramos:	205,4 g
Porcentaje que pasa 200 (Llenante mineral)	**11,5%**

Cantidad de material grueso y fino. INV E-214/13-Num. 5.

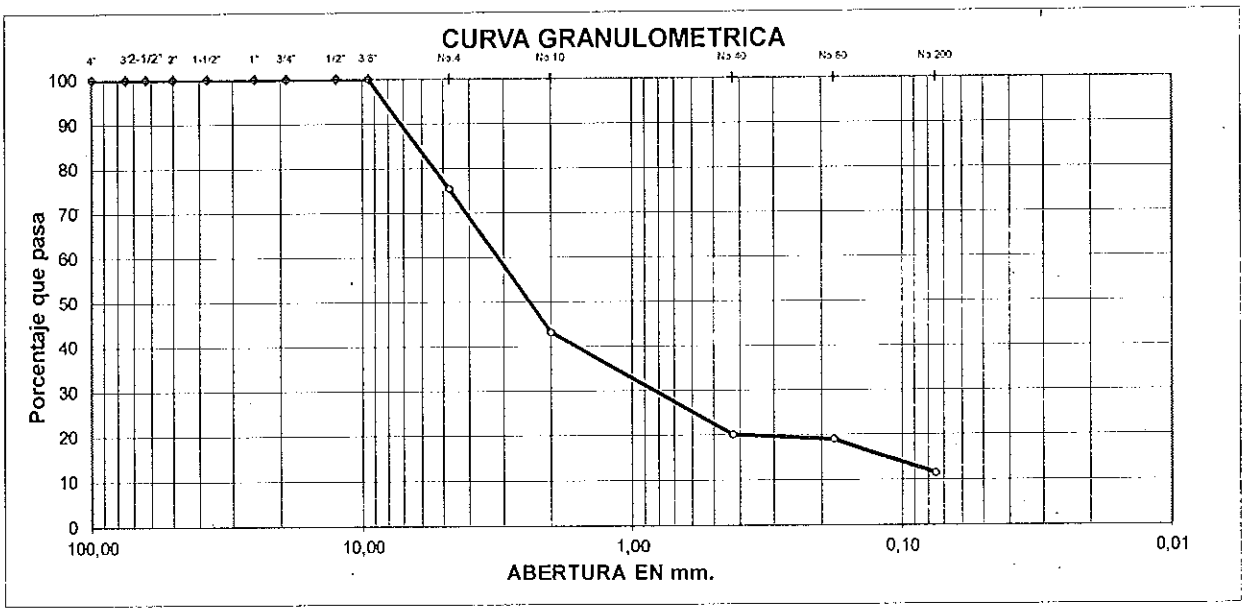
Peso del material retenido en el tamiz No.4:	440,1 g
Peso del material que pasa el tamiz No.4:	1 141,0 g
Porcentaje de agregado grueso:	25 %
Porcentaje de agregado fino:	64 %

LIMITES DE ATTERBERG

Límite Líquido:	NA	Norma INV E-125-13.
Límite Plástico:	NA	Norma INV E-126-13.
I. de Plasticidad:	NA	Norma INV E-126-13.

Observaciones:

Diseño



Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing. Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ANALISIS GRANULOMETRICO DE GRUESOS Y FINOS Y CANTIDAD DE MATERIAL FINO QUE PASA POR EL TAMIZ No. 200.

FOR-LB-008 | PAG 1 DE 1

REV: 6 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022 | Muestra No.: 4 186-22

Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022 | Informe No. 1 396-22

Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S

Obra: N.A.

Fuente: Cantera Guayuriba

Tipo de Muestra: Arena Triturada y seleccionada a 3/8"

Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

GRANULOMETRIA

INV E-213-13 e INV E-214-13.

TAMIZ		RESULTADO OBTENIDO			
Alterno.	Normal mm.	Peso retenido en gramos (P_i)	Porcentaje retenido (Pr_i)	Porcentaje retenido acumulado (Pa_i)	Porcentaje que pasa.
4"	100,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
2-1/2"	63,0	0,0	0	0	100
2"	50,0	0,0	0	0	100
1-1/2"	37,5	0,0	0	0	100
1"	25,0	0,0	0	0	100
3/4"	19,0	0,0	0	0	100
1/2"	12,5	0,0	0	0	100
3/8"	9,5	0,0	0	0	100
No.4	4,75	758,3	35	35	64,5
No.10	2,0	439,2	21	56	44,0
No.40	0,425	610,2	29	85	15,4
No.80	0,18	169,8	8	93	7,5
No.200	0,075	88,5	4	97	3,2
Fondo		70,9	3,3	100	

Determinación del material que pasa por el Tamiz 200 - INV E-214/13.

Peso de la muestra seca sin lavar (P1) en gramos:	2 136,9 g
Peso de la muestra seca despues de lavado sobre el T200 (P2) en gramos:	2 069,1 g
Peso de llenante mineral en gramos:	67,8 g
Porcentaje que pasa 200 (Llenante mineral)	3,2%

Cantidad de material grueso y fino. INV E-214/13-Num. 5.

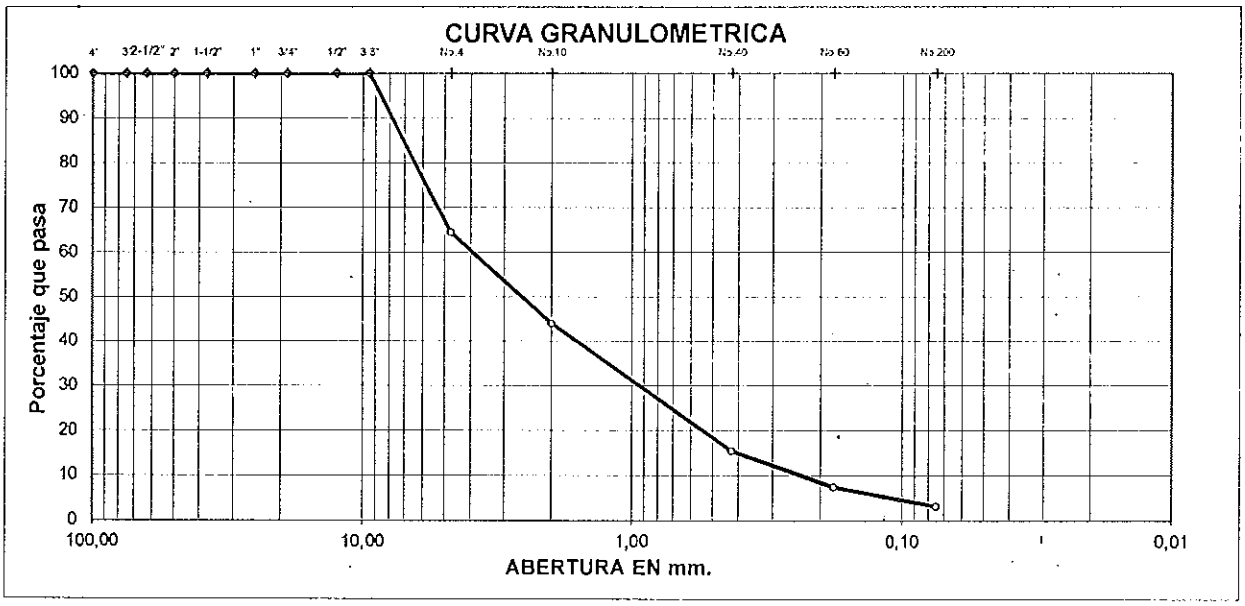
Peso del material retenido en el tamiz No.4:	758,3 g
Peso del material que pasa el tamiz No.4:	1 307,7 g
Porcentaje de agregado grueso:	35 %
Porcentaje de agregado fino:	61 %

LIMITES DE ATTERBERG

Límite Líquido:	NA	Norma INV E-125-13.
Límite Plástico:	NA	Norma INV E-126-13.
I. de Plasticidad:	NA	Norma INV E-126-13.

Observaciones:

Diseño



Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing. Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ANALISIS GRANULOMETRICO DE GRUESOS Y FINOS Y CANTIDAD DE MATERIAL FINO QUE PASA POR EL TAMIZ No. 200.

FOR-LB-008 | PAG 1 DE 1

REV: 6 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022 | Muestra No.: 4 187-22

Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022 | Informe No. 1 397-22

Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S

Obra: N.A.

Fuente: Cantera Guayuriba

Tipo de Muestra: Arena Triturada y seleccionada a 3/8" Sin Lavar

Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

GRANULOMETRIA

INV E-213-13 e INV E-214-13.

TAMIZ		RESULTADO OBTENIDO			
Alterno.	Normal mm.	Peso retenido en gramos (P_i)	Porcentaje retenido (Pr_i)	Porcentaje retenido acumulado (Pa_i)	Porcentaje que pasa.
4"	100,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
2-1/2"	63,0	0,0	0	0	100
2"	50,0	0,0	0	0	100
1-1/2"	37,5	0,0	0	0	100
1"	25,0	0,0	0	0	100
3/4"	19,0	0,0	0	0	100
1/2"	12,5	0,0	0	0	100
3/8"	9,5	0,0	0	0	100
No.4	4,75	356,2	19	19	81,0
No.10	2,0	392,6	21	40	60,0
No.40	0,425	704,9	38	78	22,4
No.80	0,18	120,2	6	84	16,0
No.200	0,075	210,9	11	95	4,6
Fondo		89,4	4,8	100	

Determinación del material que pasa por el Tamiz 200 - INV E-214/13.

Peso de la muestra seca sin lavar (P1) en gramos:	1 874,2 g
Peso de la muestra seca despues de lavado sobre el T200 (P2) en gramos:	1 787,9 g
Peso de llenante mineral en gramos:	86,3 g
Porcentaje que pasa 200 (Llenante mineral)	4,6%

Cantidad de material grueso y fino. INV E-214/13-Num. 5.

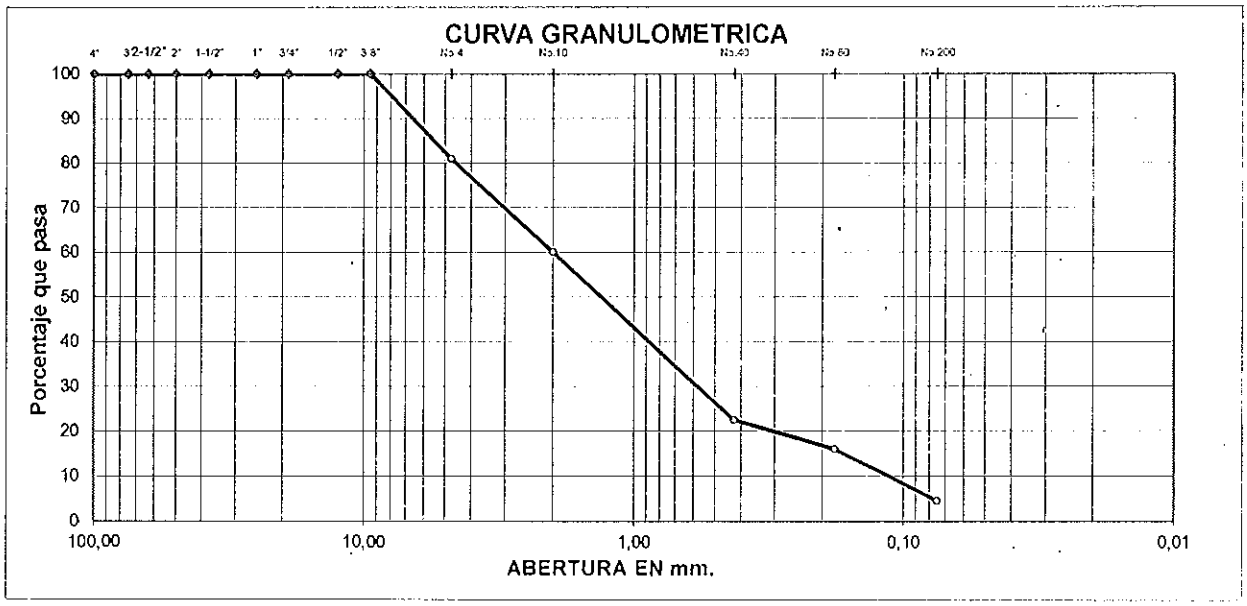
Peso del material retenido en el tamiz No.4:	356,2 g
Peso del material que pasa el tamiz No.4:	1 428,6 g
Porcentaje de agregado grueso:	19 %
Porcentaje de agregado fino:	76 %

LIMITES DE ATTERBERG

Límite Líquido:	NA	Norma INV E-125-13.
Límite Plástico:	NA	Norma INV E-126-13.
I. de Plasticidad:	NA	Norma INV E-126-13.

Observaciones:

Diseño



Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing. Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ANALISIS GRANULOMETRICO DE GRUESOS Y FINOS Y CANTIDAD DE MATERIAL FINO QUE PASA POR EL TAMIZ No. 200.

FOR-LB-008 | PAG 1 DE 1

REV: 6 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022
Muestra No.: 4 188-22
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022
Informe No. 1 398-22
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Fuente: Cantera Tolima
Tipo de Muestra: Arena Natural seleccionada a 3/8"
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

GRANULOMETRIA

INV E-213-13 e INV E-214-13.

TAMIZ		RESULTADO OBTENIDO			
Alterno.	Normal mm.	Peso retenido en gramos (P_i)	Porcentaje retenido (Pr_i)	Porcentaje retenido acumulado (Pa_i)	Porcentaje que pasa.
4"	100,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
3"	75,0	0,0	0	0	100
2-1/2"	63,0	0,0	0	0	100
2"	50,0	0,0	0	0	100
1-1/2"	37,5	0,0	0	0	100
1"	25,0	0,0	0	0	100
3/4"	19,0	0,0	0	0	100
1/2"	12,5	0,0	0	0	100
3/8"	9,5	0,0	0	0	100
No.4	4,75	120,1	6	6	93,5
No.10	2,0	150,6	8	15	85,4
No.40	0,425	849,6	46	60	39,8
No.80	0,18	590,6	32	92	8,0
No.200	0,075	86,3	5	97	3,2
Fondo		62,4	3,4	100	

Determinación del material que pasa por el Tamiz 200 - INV E-214/13.

Peso de la muestra seca sin lavar (P1) en gramos:	1 859,6 g
Peso de la muestra seca despues de lavado sobre el T200 (P2) en gramos:	1 800,2 g
Peso de llenante mineral en gramos:	59,4 g
Porcentaje que pasa 200 (Llenante mineral)	**3,2%**

Cantidad de material grueso y fino. INV E-214/13-(num. 5.

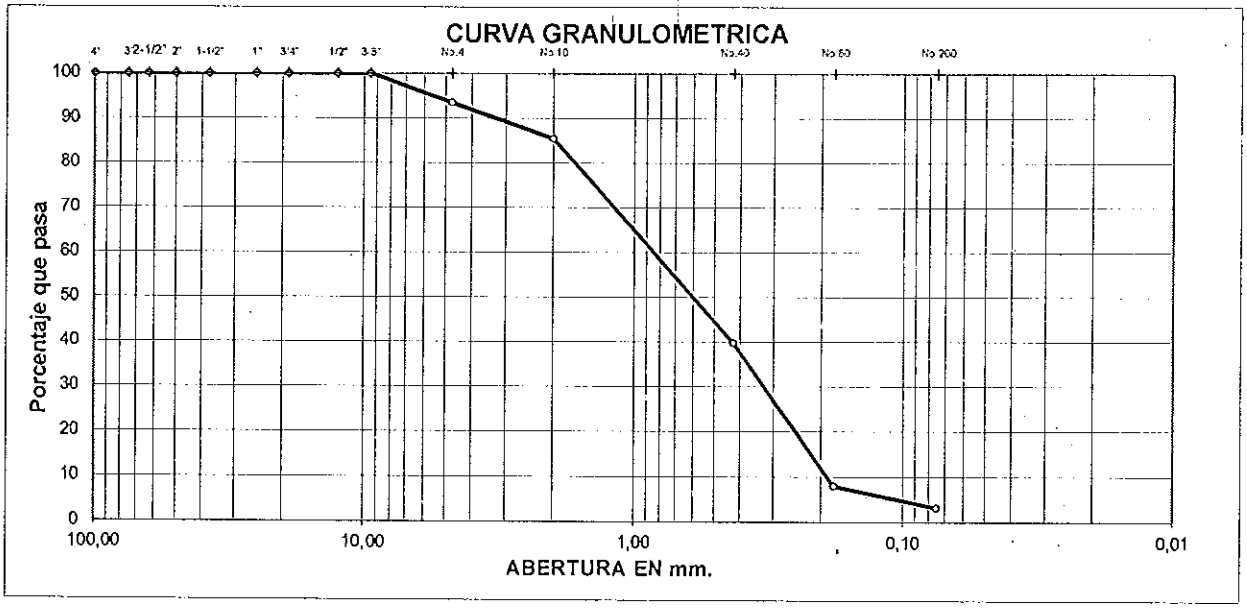
Peso del material retenido en el tamiz No.4:	120,1 g
Peso del material que pasa el tamiz No.4:	1 677,1 g
Porcentaje de agregado grueso:	6 %
Porcentaje de agregado fino:	90 %

LIMITES DE ATTERBERG

Límite Líquido:	NA	Norma INV E-125-13.
Límite Plástico:	NA	Norma INV E-126-13.
I. de Plasticidad:	NA	Norma INV E-126-13.

Observaciones:

Diseño



Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing. Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

ANEXO 2

DOBLE A INGENIERIA	PROPORCIÓN Y REQUISITOS DEL LLENANTE MINERAL PARA MEZCLAS ASFÁLTICAS EN CALIENTE	Rev:	0
	FOR-LB-294	Fecha Rev:	16/12/2020

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA INV-ART. 450-13 — **TABLA: 450,5**

Cliente:	DOBLE A INGENIERÍA	Informe N°:	4189
Localización:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	Fecha de Recepción:	2022-12-26
Descripción:	AGREGADO COMBINADO - FÓRMULA DE TRABAJO DISEÑO MDC10	Fecha de Informe:	2022-01-03

ENSAYO		NORMA INV.E-2013	REQUISITO NT3	RESULTADO OBTENIDO	OBSERVACIÓN
DUREZA					
Desgaste Los Ángeles, En seco, capa de rodadura)	500 Revoluciones	218	Máximo 25%	22	Cumple
	100 Revoluciones		Máximo 5%	5	Cumple
Micro Deval (Capa de rodadura)		238	Máximo 20%	18,6	Cumple
10% Finos (Capa de rodadura)	Valor en seco	224	Mínimo 110kN.	N.A	No Aplica
	Relación Húmedo/seco		Mínimo 75%	N.A	No Aplica
Coeficiente de Pulimento Acelerado para rodadura		232	Mínimo 0,45%	0,54	Cumple
DURABILIDAD					
Perdidas en ensayo de Solidez en sulfato de Magnesio, agregado fino y grueso		220	Máximo 18%	10	Cumple
LIMPIEZA AGREGADO GRUESO					
Impureza de Agregado grueso		237	Máximo 0,5%	0,47	Cumple
LIMPIEZA GRADACIÓN COMBINADA					
Índice de plasticidad		125-126	NP	NP	Cumple
Equivalente de Arena		133	Mínimo 50%	51,0	Cumple
Valor de Azul de Metileno		235	Máximo 10%	2	Cumple
GEOMETRÍA DE LAS PARTÍCULAS, AGREGADO GRUESO					
Partículas planas y Alargadas, relación 1:5		240	Máximo 10%	N.A	No Aplica
Partículas fracturadas mecánicamente	1 Cara	227	Mínimo 75%	N.A	No Aplica
	2 Caras		Mínimo 70%	N.A	No Aplica
GEOMETRÍA DE LAS PARTÍCULAS, AGREGADO FINO					
Angularidad de la fracción fina, Método A (Capa de Rodadura)		239	Mínimo 45	46,1	Cumple
ADHESIVIDAD					
* Agregado Grueso: Cubrimiento de los agregados con materiales asfalticos en presencia de agua hirviendo (%)		757	Reportar	Mayor al 98%	OK
* Agregado Fino: Adhesividad de los ligantes bituminosos a los agregados finos (método Riedel-Weber)		774	Mínimo 4	10	OK

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing.Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ENSAYO DE LA RESISTENCIA AL DESGASTE DE LOS AGREGADOS POR MEDIO DE LA MAQUINA DE LOS ANGELES. INV E-218/13 - INV E-219/13.

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022 **Muestra No.:** 4 189-22
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022 **Informe No.** DSG 0 038-22
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S
Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

DESGASTE EN CONDICIONES SECAS.

PRUEBA	1	2	3	4	5
Gradación Usada.	C				
Número de Esferas.	8				
Peso de la muestra seca antes del ensayo (P1); g	5004,3				
Número de revoluciones para el ensayo inicial.	100				
Peso de la muestra después de ensayada al numero de revoluciones inicial (P2A); g	4759,9				
% de perdidas despues del numero inicial de revoluciones = ((P1 - P2A) / P1) * 100	5				
Número total de revoluciones para el ensayo final.	500				
Peso de la muestra después de ensayada al numero de revoluciones final (P2A); g	3878,9				
% DE PERDIDAS FINAL = ((P1 - P2) / P1) * 100	22				

DATOS SOBRE GRADACION, CARGA ABRASIVA Y REVOLUCIONES

TAMAÑO				PESO Y GRADACION DE LA MUESTRA (Gramos)						
PASA		RETENIDO		A	B	C	D	1	2	3
Alterno	mm.	Alterno	mm.							
3"	76,2	2 1/2"	63,5					2500		
2 1/2"	63,5	2"	50,8					2500		
2"	50,8	1 1/2"	38,1					5000	5000	
1 1/2"	38,1	1"	25,4	1250					5000	5000
1"	25,4	3/4"	19,1	1250						5000
3/4"	19,1	1/2"	12,7	1250	2500					
1/2"	12,7	3/8"	9,5	1250	2500					
3/8"	9,5	1/4"	6,4			2500				
1/4"	6,4	No. 4	4,75			2500				
No. 4	4,75	No. 8	2,36				5000			
Número de Esferas.				12	11	8	6	12	12	12
Numero de revoluciones inicial.				100	100	100	100	200	200	200
Numero de revoluciones final.				500	500	500	500	1000	1000	1000

Observaciones:

Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing.Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el Cen

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ENSAYO DE LA RESISTENCIA DEL AGREGADO GRUESO A LA DEGRADACIÓN POR ABRASION EN EL APARATO MICRO-DEVAL.

INVIAS 238/13

FOR-LB-260 | PAG 1 DE 1

REV: 1 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022 **Muestra No.:** 4 189-22

Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022 **Informe No.** MDV 0 303-22

Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S

Obra: N.A.

Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S

Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013

Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

PRUEBA	1	2	3	4
Tipo de combinación utilizada.	3			
Peso de las esferas (5000g +/- 5g).	5000,9			
Peso de la muestra seca antes del ensayo (A); g .	1500,5			
Peso de la muestra seca después del ensayo (B); g .	1221,2			
% DE PERDIDA = ((A - B) / A) * 100	**18,6**			

COMBINACIÓN TIPO 1.	TAMAÑO				Masa de cada una de las fracciones en gramos.	El agregado para la prueba consistirá en material que pasa el tamiz de 19,0 mm (3/4") y es retenido en el tamiz de 9,5 mm (3/8"). Para un total de muestra de 1500 g +/- 5 g .
	PASA		RETENIDO			
	Alterno	mm.	Alterno	mm.		
	3/4"	19,1	5/8"	16,0	375	
	5/8"	16,0	1/2"	12,5	375	
	1/2"	12,5	3/8"	9,5	750	
Para esta combinación, el ensayo se realiza para un número de Revoluciones de 100 rpm +/- 5 rpm, durante 2 h ± 1 min.						

COMBINACIÓN TIPO 2.	TAMAÑO				Masa de cada una de las fracciones en gramos.	En el caso donde el tamaño máximo nominal del agregado grueso sea 12,5 mm (1/2"). Para un total de muestra de 1500 g +/- 5 g .
	PASA		RETENIDO			
	Alterno	mm.	Alterno	mm.		
	1/2"	12,5	3/8"	9,5	750	
	3/8"	9,5	1/4"	6,3	375	
	1/4"	6,3	No. 4	4,75	375	
Para esta combinación, el ensayo se realiza para un número de Revoluciones de 100 rpm +/- 5 rpm, durante 105 ± 1 min.						

COMBINACIÓN TIPO 3.	TAMAÑO				Masa de cada una de las fracciones en gramos.	En el caso donde el tamaño máximo nominal del agregado grueso sea 9,5 mm (3/8"). Para un total de muestra de 1500 g +/- 5 g .
	PASA		RETENIDO			
	Alterno	mm.	Alterno	mm.		
	3/8"	9,5	1/4"	6,3	750	
	1/4"	6,3	No. 4	4,75	750	
Para esta combinación, el ensayo se realiza para un número de Revoluciones de 100 rpm +/- 5 rpm, durante 95 ± 1 min.						

OBSERVACIONES:

Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing.Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ENSAYO DE SOLIDEZ FRENTE A LA ACCION DE LA SOLUCION DE SULFATO DE SODIO O DE MAGNESIO. - INV E-220/13.

FOR-LB-024 | PAG 1 DE 1

REV: 6 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

Muestra No.: 4 190-22
Informe No.: SOL 0 129-22
Solución Utilizada: Sulfato de Magnesio
Densidad Solución: 1,301
No Ciclos: 5
Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S

SANIDAD DEL AGREGADO GRUESO - ANALISIS CUANTITATIVO.

FRACCION				% Retenido gradación original (Pr_i).	Peso fracciones; g.		% de Perdida (5). (5)=[(2)-(4)]/(2).	% de Perdida corregida (6). (6)=[Pr_i*(5)]/100.	Numero.inicial de particulas (3).	Numero final de particulas (7).
Pasa Tamiz.		Retiene Tamiz.			Antes del ensayo (2).	Despues del ensayo (4).				
1 1/2"	38,1mm	1"	25,4mm							
1"	25,4mm	3/4"	19,1mm							
3/4"	19,1mm	1/2"	12,5mm							
1/2"	12,5mm	3/8"	9,5mm							
3/8"	9,5mm	No. 4	4,75mm	30,0	300,5	258,6	13,94	4,18		
SUMATORIA; ∑				30,00	300,5	258,6		4,18	NA	NA

Perdida media de la fracción gruesa: 4,18

SANIDAD DEL AGREGADO GRUESO; ANALISIS CUALITATIVO.

ANALISIS CUALITATIVO.					Numero de Particulas Despues del Ensayo.					
CICLO	FRACCION				Nro. de Particulas	En Buen Estado	Agrietadas	Partidas y/o Quebradas.	Escamosas y/o Descascaradas.	Desintegradas y/o Desmoronadas.
	Pasa Tamiz.		Retiene Tamiz.							
I										
	1 1/2"	38,1mm	1"	25,4mm	0	0	0	0	0	0
	1"	25,4mm	3/4"	19,1mm	0	0	0	0	0	0
II										
	1 1/2"	38,1mm	1"	25,4mm	0	0	0	0	0	0
	1"	25,4mm	3/4"	19,1mm	0	0	0	0	0	0
III										
	1 1/2"	38,1mm	1"	25,4mm	0	0	0	0	0	0
	1"	25,4mm	3/4"	19,1mm	0	0	0	0	0	0
IV										
	1 1/2"	38,1mm	1"	25,4mm	0	0	0	0	0	0
	1"	25,4mm	3/4"	19,1mm	0	0	0	0	0	0
V										
	1 1/2"	38,1mm	1"	25,4mm	0	0	0	0	0	0
	1"	25,4mm	3/4"	19,1mm	0	0	0	0	0	0

SANIDAD DEL AGREGADO FINO - ANALISIS CUANTITATIVO.

FRACCION				% Retenido gradación original (Pr_i).	Peso fracciones; g.		% de Perdida (5). (5)=[(2)-(4)]/(2).	% de Perdida corregida (6). (6)=[Pr_i*(5)]/100.
Pasa Tamiz.		Retiene Tamiz.			Antes del ensayo (2).	Despues del ensayo (4).		
No. 4	4,75mm	No. 8	2,36mm	20,0	100,0	92,6	7,40	1,48
No. 8	2,36mm	No. 16	1,18mm	14,0	100,0	90,6	9,40	1,32
No. 16	1,18mm	No. 30	0,6mm	13,0	100,0	88,9	11,10	1,44
No. 30	0,6mm	No. 50	0,3mm	11,0	100,0	85,6	14,40	1,58
No. 50	0,3mm			12,0	-	-	-	-
SUMATORIA; ∑				70,0	400,0	357,70		5,82

Perdida media de la fracción fina: 5,82

Observaciones: Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing.Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DE LOS ENSAYOS DE GRADACIÓN, LIMITE LIQUIDO (METODO MANUAL), LIMITE PLASTICO E INDICE DE PLASTICIDAD - MUESTRAS SECAS

FOR-LB-200 | PAG 1 DE 1

Rev 5 de 01-06-16

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S
Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

Muestra No.: 4 189-22
Informe No. GRL 0 633-22
Norma: INV MDC-10

GRANULOMETRIA

INV E-213-13 e INV E-214-13.

TAMIZ		RESULTADO OBTENIDO				Especificación	
Alterno.	mm.	Peso (Pi)	% Ret (Pri)	%R. Acum(Pa)	% Pasa	Lim. Inf.	Lim. Sup.
4"	100,0	0,0	0	0	100	100	100
3"	75,0	0,0	0	0	100	100	100
3"	75,0	0,0	0	0	100	100	100
3"	75,0	0,0	0	0	100	100	100
3"	75,0	0,0	0	0	100	100	100
1-1/2"	37,5	0,0	0	0	100	100	100
1"	25,0	0,0	0	0	100	100	100
3/4"	19,0	0,0	0	0	100	100	100
1/2"	12,5	0,0	0	0	100	100	100
3/8"	9,5	0,0	0	0	100	100	100
No.4	4,75	345,2	23	23	77	65	87
No.10	2,0	370,1	24	47	53	43	61
No.40	0,425	485,2	32	78	22	16	29
No.80	0,18	115,6	8	86	14	9	19
No.200	0,075	106,3	7	93	6,8	5	10
Fondo		107,7	7,0	100			

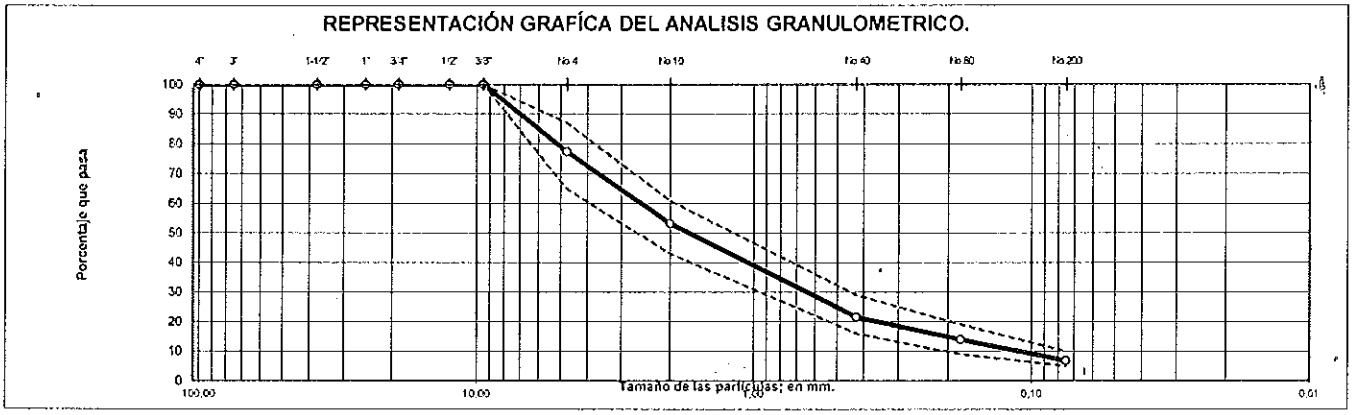
Determinación del material que pasa por el Tamiz 200 - INV E-214/13.

Peso de la muestra seca sin lavar (P1) en gramos:	1 530,1 g
Peso de la muestra seca despues de lavado sobre el T200 (P2) en gramos:	1 425,5 g
Peso de llenante mineral en gramos:	104,6 g
Porcentaje que pasa 200 (Llenante mineral):	6,8

Cantidad de material grueso y fino, INV E-214/13-Num. 4.

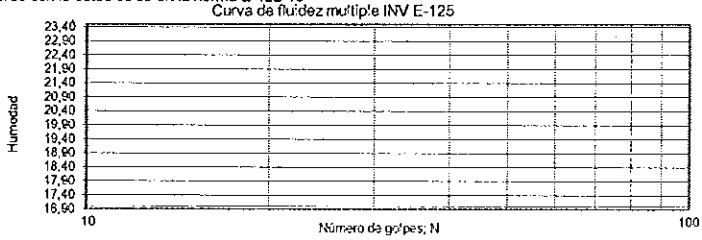
Peso del material retenido en el tamiz No.4:	345,2 g
Peso del material que pasa el tamiz N°4	1077,2
% de agregado fino:	77,4
% de agregado Grueso:	22,6

REPRESENTACIÓN GRAFÍCA DEL ANALISIS GRANULOMETRICO.



Prueba.	Limite liquido; LL (Norma INV E-125-13)			Limite Plastico; LP (Norma INV E-126-13)	
Ensayo numero	1	2	3	4	5
Número de golpes; (N)	0	0	0		
Masa del recipiente; (P3); g	0	0	0	0	0
Masa del recipiente con la muestra humeda (P1); g	0	0	0	0	0
Masa del recipiente con la muestra seca (P2); g	0,00	0,00	0,00	0	0
Masa de la muestra seca (P2 - P3); g	0,00	0,00	0,00	0	0
Masa de la muestra humeda (P1 - P3); g	0,00	0,00	0,00	0	0
Masa del agua; (P1 - P2); g	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contenido de humedad; %	**NP**	**NP**	**NP**	**NP**	**NP**

El contenido de humedad se determinó de acuerdo con lo establecido en la norma E-122-13



Indice de plasticidad

Limite liquido; LL:	NP
Limite Plastico; LP:	NP
IP: INV E-126-13	NP

Observaciones:

Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing. Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden unicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproduccion total o parcial del presente informe sin autorizacion del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DEL ENSAYO DE EQUIVALENTE DE ARENA - METODO MANUAL Y VALOR DE AZUL DE METILENO.

FOR-LB-281 | PAG. 1 DE 1

REV: 1 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022 **Muestra No.:** 4 189-22
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022 **Informe No.** EAZ 0 858-22
Cliente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S
Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

EQUIVALENTE DE ARENA - INV E-133/13.

PRUEBA No.		1	2	3
Lectura de arcilla; pulgadas.	A	7,0	6,8	6,9
Lectura de arena; pulgadas.	B	3,6	3,4	3,5
Equivalente de arena (EA) = B/A * 100		52,0	50,0	51,0

EQUIVALENTE DE ARENA	51,0

OBSERVACIONES:

Diseño

VALOR DE AZUL DE METILENO EN AGREGADOS FINOS Y EN LLENANTE MINERAL INV E-235-2013

PRUEBA No.	1	2
V1= ml de solución de azul de metileno requerida en la titulación.	30,0	30,0
M1= Gramos de material seco utilizado en la prueba.	200,0	200,0
VA= Valor de Azul de Metileno.	1,5	1,5
VA = (V1/M1)*10	2	

Valor expresado en gramos de colorante por gramo de la fracción granulometrica que pasa el tamiz 4,75 mm (No. 4).

OBSERVACIONES:

Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing.Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERIA

REPORTE DE ENSAYO DE ANGULARIDAD DEL AGREGADO FINO
NORMA INV-E-239/13 METODO A

FOR-LB-021 | PAG 1 DE 1

REV: 2 de 01/06/2016.

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: N.A.
Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería S.A.S
Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013
Localización: Laboratorio de Doble A Ingeniería S.A.S

Muestra No.: 4 189-22
Informe No.: ANG 0 504-22

FRACCIÓN DE TAMAÑO INDIVIDUAL	MASA (g)
2,36 mm (No.8) a 1,18 mm (No.16)	44
1,18 mm (No 16) a 600 µm (No 30)	57
600 µm (No 30) a 300 µm (No 50)	72
300 µm (No 50) a 150 µm (No 100)	17
TOTAL FRACCIONES	190

Tabla 7,1 INV 239-07

Masa del medidor vacio (P_V)		226 g	226 g
Masa del medidor lleno con agua (P_A)		327 g	327 g
Masa del medidor con el agregado (P_m)		365 g	366 g
Masa neta del agregado (F)		140 g	141 g
Temperatura del agua (T)	Entre 15,6°C y 29,4°C	25,0°C	25,0°C
Masa neta del agua (M)	$P_V - P_A$	102 g	102 g
Densidad del agua (D)*	Tabla INV-217-07	997 Kg/m3	997 Kg/m3
Volúmen del Cilindro ml (V)	$V = \frac{1000M}{D}$	102 m3	102 m3
Densidad bulk del agregado (G)		2,55	2,55
Porcentaje de vacíos sin compactar %U	$\%U = \frac{V-(F/G)}{V} x100$	**46,2**	**45,9**

* Ver tabla en la norma de ensayo INV-E-217

Promedio Porcentaje de vacíos sin compactar	**46,1**

OBSERVACIONES:
Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing.Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

DOBLE A INGENIERÍA	ADHESIVIDAD DE LOS LIGANTES BITUMINOSOS A LOS AGREGADOS FINOS Y GRUESOS. METODO RIEDEL - WEBER Y AGUA HERVIDA. INV 757-13 774-13	REV: 1
		FECHA 7/06/2016
	FOR - LB - 043	PAG 1 DE 1

FECHA : 15 de febrero de 2023
CLIENTE : Doble A Ingeniería SAS
OBRA : N.A.
FUENTE: Planta de Asfalto Doble A Ingeniería SAS
TIPO DE MUESTRA : DISEÑO FORMULA DE TRABAJO MEZCLA DENSA EN CALIENTE TIPO INV MDC-10-13
LOCALIZACIÓN: Laboratorio de Doble A Ingeniería SAS

ADHESIVIDAD DE LOS LIGANTES BITUMINOSOS A LOS AGREGADOS FINOS INV E-774-13

VALOR PROMEDIO DEL PESO ESPECIFICO APARENTE DEL MATERIAL= 2,570 g/cm^3.

Solución de Ensayo.	Índice de Adhesividad.
Desplazamiento total con agua destilada	0
M/256	1
M/128	2
M/64	3
M/32	4
M/16	5
M/8	6
M/4	7
M/2	8
M/1	9
Si no hay desprendimiento total con la solución M/1.	10

INDICE DE ADHESIVIDAD RIEDEL WEBER = 10

OBSERVACIONES: _____

EFECTO DEL AGUA SOBRE LAS MEZCLAS ASFÁLTICAS SUELTAS INV E-757-13

INDICE DE ADHESIVIDAD AGUA HERVIDA = MAYOR AL 98%

OBSERVACIONES: _____

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo.: Ing. Esteban Jimenez

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Director de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente.

ANEXO 3

DOBLE A INGENIERÍA	PROPORCIÓN MÁXIMA DE ARENA NATURAL EN EL AGREGADO PARA MEZCLAS ASFÁLTICAS.	Rev:	0
	FOR-LB-295	Fecha Rev:	16/12/2020

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA INV-ART. 450-13 — **TABLA: 450,4**

Cliente:	DOBLE A INGENIERÍA	Informe N°:	4189
Localización:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	Fecha de Recepción:	2022-12-26
Descripción:	AGREGADO COMBINADO - FÓRMULA DE TRABAJO DISEÑO MDC10	Fecha de Informe:	2022-01-03

CARACTERÍSTICA	REQUISITO INV	RESULTADO OBTENIDO		OBSERVACIÓN
Proporción de Arena Natural: % de la masa total del agregado combinado	≤15%	15,0		Cumple
Proporción de Arena Natural: % de la masa total del agregado fino	≤50%	% Grava	23,5	Cumple
		%Arena	69,7	
		%Finos	6,8	
		Total Agregado Fino	76,5	
		% Arena Natural	15,0	
		Relación arena Natural / Total Agregado Fino	**19,6**	

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

ANEXO 4

DOBLE A INGENIERIA	PROPORCIÓN Y REQUISITOS DEL LLENANTE MINERAL PARA MEZCLAS ASFÁLTICAS EN CALIENTE	Rev:	0
	FOR-LB-296	Fecha Rev:	16/12/2020

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA INV-ART. 450-13 **TABLA: 450,5**

Cliente:	DOBLE A INGENIERÍA	Informe N°:	4189
Localización:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	Fecha de Recepción:	2022-12-26
Descripción:	LLENANTE MINERAL - AGREGADO COMBINADO - FÓRMULA DE TRABAJO DISEÑO MDC-10	Fecha de Informe:	2022-01-03

ENSAYO	NORMA INVE-2013	REQUISITO NT3	RESULTADO OBTENIDO	OBSERVACION
CANTIDAD DE LLENANTE MINERAL DE APORTE				
Proporción de llenante mineral de aporte, % en masa del llenante total (Capa de rodadura)	-	≥50	100%	Cumple
Granulometría del llenante mineral de aporte	-	% que pasa tamiz N°40 = 100% % que pasa tamiz N°100 >90% % que pasa tamiz N°200> 75%	100%	Material pasa 100% por el tamiz N°200
Densidad Bulk, g/cm^3	225	0,5 a 0,8	0,8	Cumple
Vacíos del llenante seco compacto	229	≥38%	44,1	Cumple

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

DOBLE A INGENIERIA	INFORME DE ENSAYOS DE SUELOS VACÍOS DEL LLENANTE COMPACTADO EN SECO INV-E-229-13 MASA UNITARIA APARENTE (DENSIDAD APARENTE) OEL LLENANTE MINERAL INV-E-225-13 CONCENTRACIÓN CRITICA DEL LLENANTE EN MEZCLAS DE CONCRETO ASFÁLTICO INV-E-745-13	FOR-LB-298 Rev: 0 Fecha Rev: 16/12/2020

Material:	LLENANTE MINERAL (100% PASA TAMIZ N°200) - GRADACIÓN COMBINADA FÓRMULA DE TRABAJO	Referencia	FT-4189-22
Localización:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	F. Recepción:	2022-12-12
Descripción:	MDC-10 - NIVEL DE TRÁNSITO NT3 ET-INV-ART 450-13	F. Informe:	2023-02-16

VACIOS DEL LLENANTE COMPACTADO EN SECO

Prueba N°	1	2	3	PROMEDIO
M= Masa de la pastilla del llenante (g)	7,6	7,6	7,6	
A= Área de la sección transversal del cilindro, mm^2		490,9		
d= Espesor de la pastilla del llenante, mm	10,6	10,4	10,4	
df= Gravedad especifica del llenante (INV-E-128-13)		2,642		
Vacíos secos del llenante compacto %	44,9	43,7	43,7	44,1

MASA UNITARIA APARENTE (DENSIDAD APARENTE) DEL LLENANTE MINERAL INV-E-225-13

Prueba N°.		1	2	3	PROMEDIO
Probeta N°.		1	2	3	
Masa de la muestra del llenante utilizado, (g)		10,00	10,00	10,00	
Volumen aparente de llenante, $(cm)^3$	(V)	14,0	13,5	13,5	
Masa Unitaria aparente del llenante, (g/cm^3)	Γ_B	0,71	0,74	0,74	0,73

CONCENTRACIÓN CRITICA DEL LLENANTE EN MEZCLAS DE CONCRETO ASFÁLTICO INV-E-745-13

Prueba No.		1	2	PROMEDIO
Masa de la muestra de llenante empleada, (g)	(M)	10,00	10,00	
Volumen del sedimento, (cm^3)	(V)	12,4	12,5	
Gs: Gravedad específica del Llenante (INV-E-128-13)	(Gs)	2,642	2,642	
Cs: Concentración crítica del Llenante,	Cs	0,31	0,30	0,30

CALCULO CONCENTRACION REAL EN VOLUMEN DEL LLENANTE Cv INV-E-745-13

Prueba No.		1
Porcentaje de Agregado	P_s	93,2
Porcentaje de Llenante en la Mezcla	$P_{0,075mm}$	6,8
Gs: Gravedad específica del Llenante (INV-E-128-13)	(Gs)	2,642
Gravedad específica del Asfalto	(Gb)	1,025
Contenido de Asfalto Efectivo	P_{be}	5,9
Volumen del llenante en la mezcla (P_s * $P_{0,075}$ / G_s * 100)	(F)	2,40
Volumen del Asfalto en la Mezcla (P_{be} / G_b)	(A)	5,751
Cv: Concentración Real en Volumen del Llenante, (F/F+A)	Cv	0,29

CONDICIÓN: Cs ≥ Cv

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

ANEXO 5

IncoAsfaltos Industria Colombiana de Asfaltos S.A.S	GESTIÓN DE PRODUCCION DE MATERIALES ASFÁLTICOS	CÓDIGO: GB-CC-F-002
	CERTIFICADO DE CALIDAD ASFALTO NORMALIZADO	VERSIÓN: 2
		FECHA: 05-04-2021

TIPO ASFALTO	CEMENTO ASFALTICO 60/70 INCOASFALTOS ®
LOTE	2212270378
FECHA	3-ene.-23

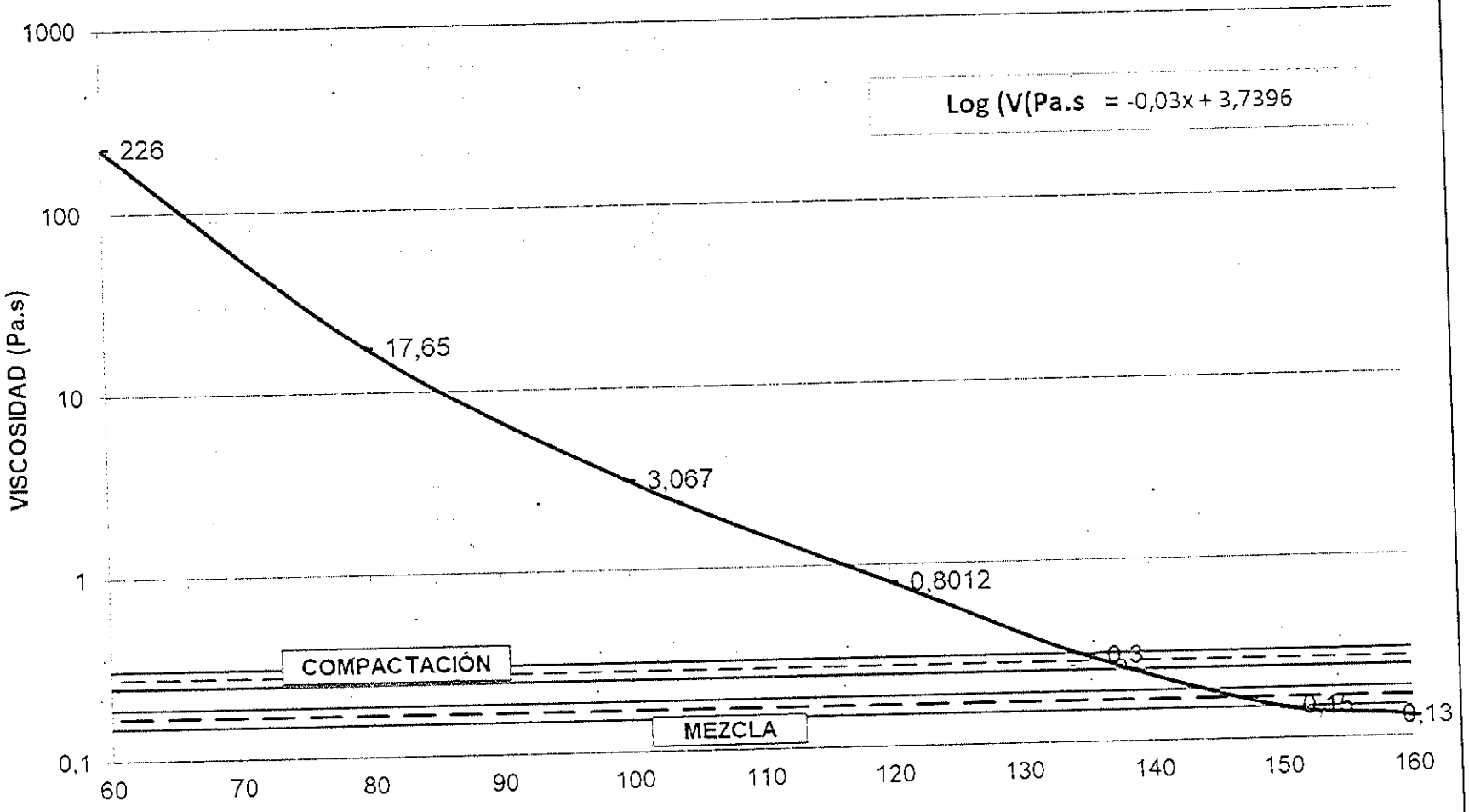
SEGÚN TABLA IDU 200.1-11

ENSAYO SOBRE EL ASFALTO	UNIDAD	NORMA INVIAS	ESPECIFICACIÓN		RESULTADO	FRECUENCIA
			Mín	Máx		
Penetración (25 °C, 100g, 5s)	0,1 mm	E-706	60,0	70,0	68,9	CADA LOTE
Punto de ablandamiento	ºC	E-712	45,0	55,0	50,0	CADA LOTE
Indice de penetración	-	E-724	-1,0	1,0	-0,4	CADA LOTE
Viscosidad absoluta (60 ºC)	P	E-716 / E-717	1500	3000	2260	CADA LOTE
Viscosidad absoluta (135 ºC)	P	E-716 / E-717	2,2	4,5	3,0	CADA LOTE
Ductilidad (25°C, 5 cm/min)	cm	E-702	100,0	-	140	MENSUAL
Punto de inflamación mediante la copa abierta Cleveland	ºC	E-709	232,0	-	300	MENSUAL
Solubilidad en tricloroetileno	%	E-713	99,0	-	99,9	MENSUAL
Gravedad Especifica	-	E-707	Reportar		1,025	MENSUAL
Pruebas al residuo (Ensayo del horno de lámina asfaltica delgada en movimiento INVE-720-07)						
Pérdida de masa por calentamiento en película delgada en movimiento (163 ºc, 85 minutos)	%	E-720	-	1,0	0,1	MENSUAL
Penetración del residuo luego de la pérdida de masa por calentamiento (E-720) en % de la penetración original	%	E-721	54	-	57	MENSUAL
Incremento en el punto de ablandamiento luego de la pérdida de masa por calentamiento en película delgada en movimiento (E-720)	ºC	E-712	-	9	6,1	MENSUAL
Índice de envejecimiento: relación de viscosidades (60 ºC) del asfalto residual y el asfalto original		E-716 ó E-717	-	5	3,1	MENSUAL
Contenido de cera			Máximo 3%		0,6	MENSUAL

TEMPERATURA DE MEZCLADO:	144 - 150°C
TEMPERATURA DE COMPACTACIÓN:	134 - 139ºC

Fabian Fernandez M.	
FABIAN EDUARDO FERNANDEZ . LABORATORISTA INDUSTRIA COLOMBIANA DE ASFALTOS S.A.S	QCA. KELLY LOPEZ JEFE CONTROL DE CALIDAD INDUSTRIA COLOMBIANA DE ASFALTOS S.A.S

CEMENTO ASFALTICO 60/70 INCOASFALTOS



LOTE:2212270378

TEMPERATURA DE MEZCLA:	144 -150°C
TEMPERATURA DE COMPACTACIÓN:	134 -139°C

DOBLE A INGENIERIA	REVISIÓN Y VERIFICACIÓN DISEÑO DE MEZCLA ASFÁLTICA (MÉTODO MARSHALL) INV-E-748-13 FOR-CA-123	Rev:	5
		Fecha Rev:	16/12/2020

Cliente:	DOBLE A INGENIERÍA SAS	Informe N°:	FT-4189-22
Localización:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	Fecha de Recepción:	2022-12-12
Descripción:	MDC-10 - NIVEL DE TRÁNSITO NT3 ET-INV-ART 450-13	Fecha de Informe:	2023-02-16

FORMULA DE TRABAJO FINAL DISEÑO MARSHALL - INV ARTICULO 450-13

ENSAYO	NORMA - FUENTE	RESULTADO OBTENIDO	ARTICULO 450-13
CEMENTO ASFÁLTICO			
Temperatura de Compactación (°C)	CEMENTO ASFÁLTICO 60-70 BARRANCABERMEJA	134 - 139	Reportar
Temperatura de Mezcla (°C)	CEMENTO ASFÁLTICO 60-70 BARRANCABERMEJA	144 - 150	Reportar
DOSIFICACIÓN AGREGADOS (%)			
Arena Triturada 3/8" Mondoñedo	INV E 213-13	40	Reportar
Arena Triturada Río Guayuriba (Lavada)	INV E 213-13	25	Reportar
Arena Triturada Río Guayuriba (Sin lavar)	INV E 213-13	20	Reportar
Arena Natural del Tolima	INV E 213-13	15	Reportar
FORMULA DE TRABAJO REFERIDA			
Contenido óptimo de asfalto (%)	INV E 732-13	6,8	Reportar
Peso específico aparente (g/cm^3)	INV E 733-13	2,214	Reportar
Gravedad Especifica maxima teorica -RICE	INV E 735-13	2,336	Reportar
CRITERIOS PARA EL DISEÑO PRELIMINAR			**TABLA 450-10**
Compactación (Golpes / cara)	INV E 748-13	75	Reportar
Estabilidad mínima (N)	INV E 748-13	16,1	9,0 kN
Flujo (mm)	INV E 748-13	3,2	2 a 3.5
Relación Estabilidad Flujo kN/mm	INV E 748-13	5,0	3,0 -6,0
Vacíos con aire (%)	INV E 736-13	5,2	4-6
Vacíos en agregados Minerales VAM (%)	INV E 799-13	18,0	16 mín.
Vacíos llenos de asfalto VFA (%)	INV E 799-13	70,9	65-75
Relación Llenante / Ligante efectivo, en peso	INV E 799-13	1,15	0,8 - 1,2
Masa Unitaria aparente del llenante (g/cm^3)	INV E 225-13	0,7	0,5 - 0,8
Cv: Concentración Real en Volumen del Llenante, (F/F+A)	INV E 745-13	0,29	Reportar
Cs: Concentración crítica del Llenante,	INV E 745-13	0,30	Reportar
Concentración del Llenante Condición Cs ≥ Cv	INV E 745-13	OK	Verificar
Evaluación de propiedades de empaquetamiento por el método Bailey	-	OK	Reportar
Espesor promedio de la Película de Asfalto µm	INV E 741-13	7,74	7,5 min.

VERIFICACIÓN DISEÑO MARSHALL			TABLA 450-11
Adherencia - Tracción Indirecta (%)	INV E 725-13	84,52	80% min
Deformación Plástica (Vel def. 105-120 minutos)	INV E 756-13	7,54µm/min	15µm/min - Máximo
Modulo Resiliente a 20°C (Frecuencia 10Hz)	INV E 749-13	OK	Reportar - Opcional
Ley de Fatiga a 20°C (Frecuencia 30Hz)	INV E 784-13	OK	Reportar - Opcional

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

DOBLE A INGENIERIA

DISEÑO DE MEZCLA BITUMINOSA (MÉTODO MARSHALL) INV-E-748-13

FOR-LB-286

Rev: 2

Fecha Rev: 16/12/2020

Compañía: DOBLE A INGENIERÍA SAS

Localización: PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO

Descripción: MDC-10 - NIVEL DE TRÁNSITO NT3 ET-INV-ART 450-13

Referencia: FT-4189-22

Fecha de Recepción: 2022-12-12

Fecha de Informe: 2023-02-16

GE Agregado combinado (g/cm³), (Gsb) = 2,515

Gravedad Específica Asfalto (g/cm³) (Gb) = 1,025 *

CEMENTO ASFÁLTICO 60-70 BARRANCABERMEJA

TEMPERATURA DE MEZCLA °C 144 - 150 *

TEMPERATURA DE COMPACTACIÓN °C 134 - 139 *

Probeta N°	(Pb) % de Asfalto	Espesor (mm)	Masa (g)			Gravedad Específica				Volumen (%)				Estabilidad (E)				Flujo (F) m.m.	F Promedio m.m.
			Aire	SSS en aire	SSS en agua	Gravedad Específica	Gravedad Específica Promedio (Gmb)	Efectiva del Agregado (Gse)	Máximo Medido (Gmm)	Áridos (%Vg)	Vacios con aire (%Va)	Asf absorbido (Pba)	% Vacios en Ag. Mineral (%VAM)	% Vacios llenos con Asf. (%VFA)	Medida (kN)	Factor de correc.	Corregida (kN)	Promedio (kN)		
1	5,5	64,1	1110,4	1115,0	607,3	2,187	2,185	2,554	2,360	82,1	7,4	0,61	17,9	58,5	14,6	0,988	14,4	15,0	3,16	3,02
2		63,9	1093,0	1097,2	597,0	2,185									15,5	0,990	15,3		3,09	
3		64,1	1104,7	1109,2	602,8	2,181									15,4	0,988	15,2		2,80	
4	6,0	63,4	1096,3	1100,4	603,6	2,207	2,208	2,564	2,352	82,5	6,2	0,78	17,5	64,8	16,4	1,005	16,5	15,9	3,21	3,14
5		64,0	1104,4	1107,8	607,2	2,206									15,8	0,988	15,6		3,15	
6		64,0	1111,3	1114,4	611,5	2,210									15,8	0,990	15,6		3,07	
7	6,5	64,1	1112,8	1116,8	615,2	2,219	2,216	2,573	2,343	82,4	5,4	0,90	17,6	69,4	15,8	0,988	15,6	16,3	3,16	3,22
8		64,4	1121,7	1124,8	617,7	2,212									16,3	0,980	16,0		3,25	
9		64,4	1110,6	1115,7	615,2	2,219									17,5	0,980	17,2		3,24	
10	7,0	64,1	1118,2	1120,5	615,2	2,213	2,207	2,579	2,331	81,6	5,3	1,00	18,4	71,0	16,7	0,988	16,5	15,9	3,26	3,32
11		64,1	1120,4	1122,6	614,1	2,203									16,0	0,988	15,8		3,35	
12		63,8	1117,0	1119,6	612,9	2,204									15,5	0,995	15,4		3,35	
13	7,5	63,9	1122,9	1124,4	612,5	2,194	2,189	2,589	2,323	80,5	5,8	1,16	19,5	70,4	15,3	0,995	15,2	15,0	3,36	3,41
14		64,1	1126,6	1128,3	612,5	2,184									14,6	0,988	14,4		3,48	
15		64,1	1128,0	1129,4	614,3	2,190									15,5	0,988	15,3		3,40	

DATOS DE FORMULA DE TRABAJO

FT	6,8	2,214	2,386	5,2	18,0	70,9	16,1	3,2

OBSERVACIONES: * La Temperatura de Compactación , corresponde al Reporte de Calidad del asfalto, suministrado por el cliente

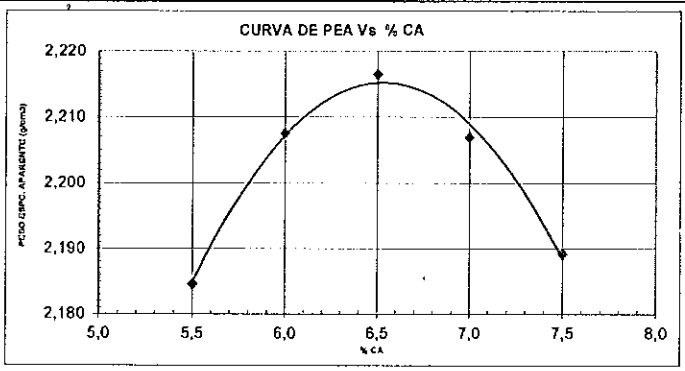
Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

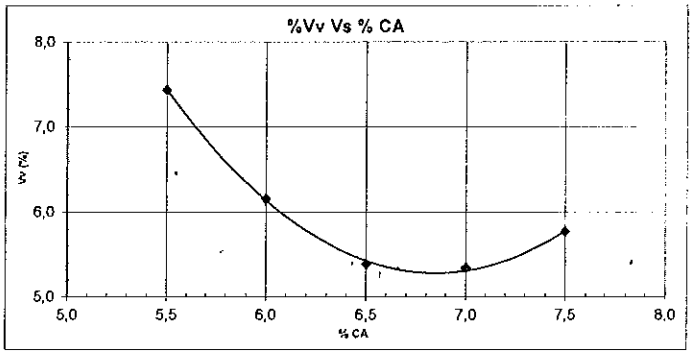
Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

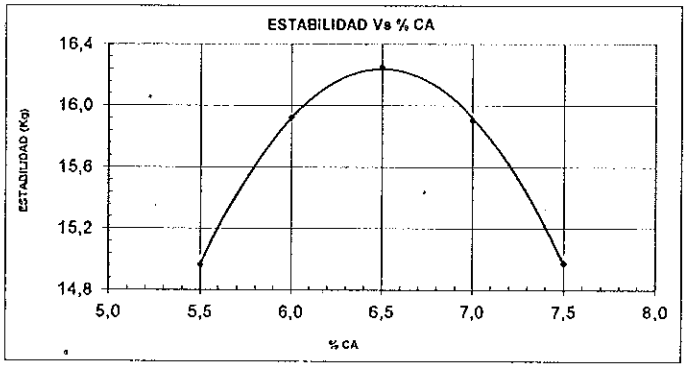
Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

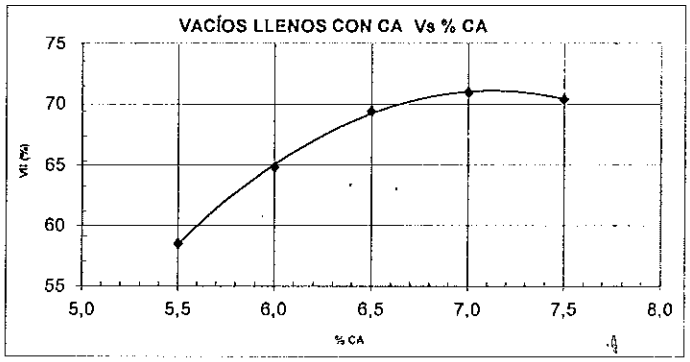
DOBLE A INGENIÉRIA	DISEÑO DE MEZCLA BITUMINOSA (CURVAS DISEÑO MARSHALL) INV-E-748-13	Rev:	2
	FOR-LB-286	Fecha Rev:	16/12/2020

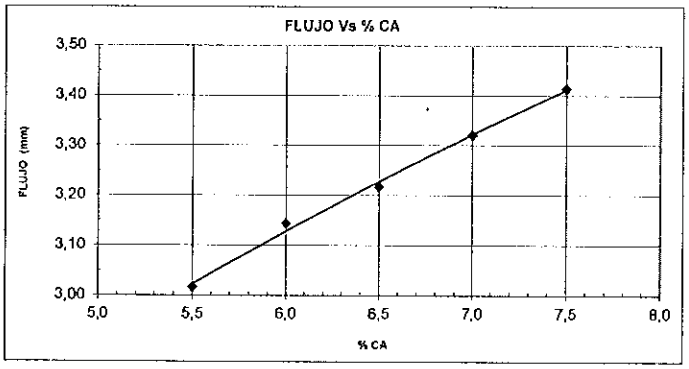
Compañía	DOBLE A INGENIERÍA SAS	Informe N°	FT-4189-22
Obra	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	F. Ensayo	2022-12-12
Descripción	MDC-10 - NIVEL DE TRÁNSITO NT3 ET-INV-ART 450-13	F. Informe:	2023-02-16

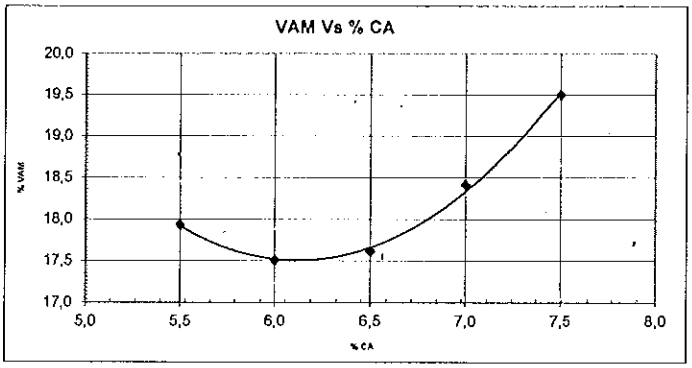












(PB) % DE ASFALTO	GRAVEDAD ESPECIFICA PROMEDIO (GMB)	VACIOS CON AIRE (VVA)	% VACIOS LLENOS CON ASF. (VVFA)	ESTABILIDAD (KN)	FLUJO (F) mm
5,5	2,185	7,4	58,5	15,0	3,0
6,0	2,208	6,2	64,8	15,9	3,1
6,5	2,216	5,4	69,4	16,3	3,2
7,0	2,207	5,3	71,0	15,9	3,3
7,5	2,189	5,8	70,4	15,0	3,4

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director

DOBLE A INGENIERIA

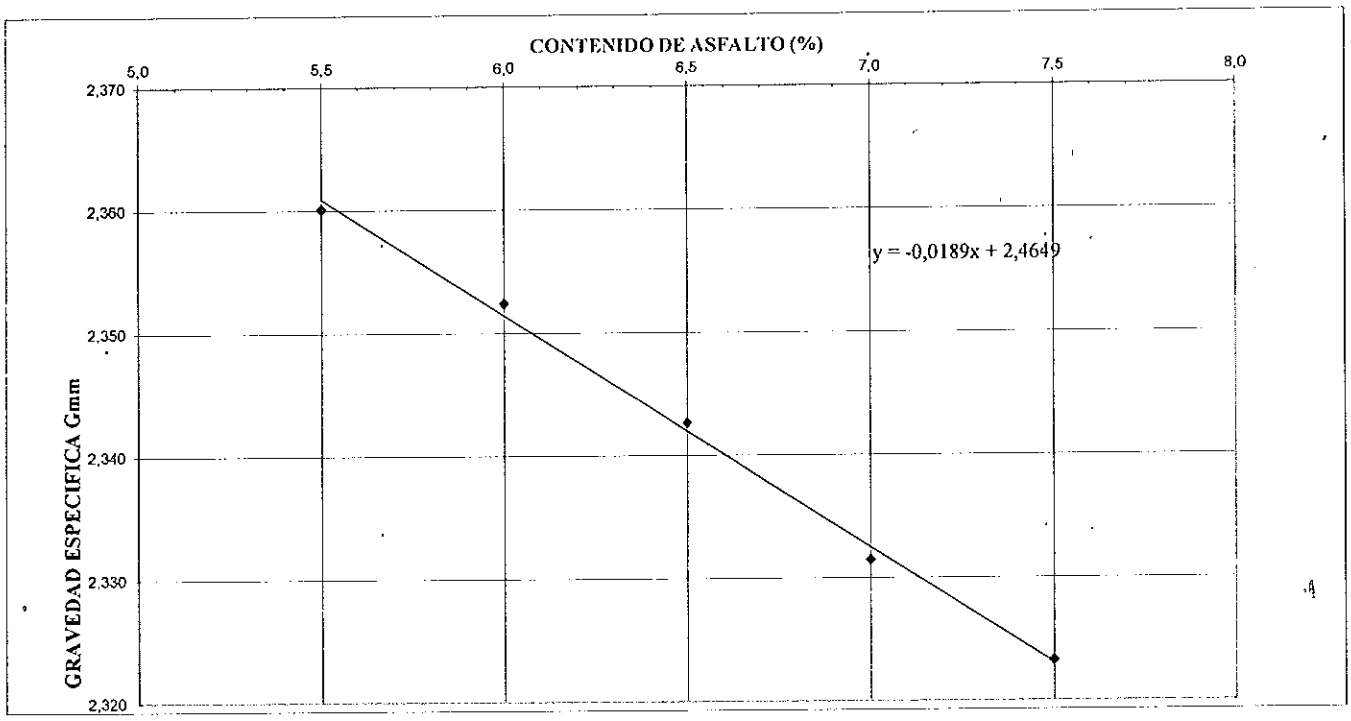
REPORTE RESULTADOS DE ENSAYO GRAVEDAD ESPECÍFICA MÁXIMA TEÓRICA (G_{mm}) DE MEZCLAS ASFÁLTICAS PARA PAVIMENTOS- INV-E-735-13 - RICE - TIPO B

FOR-LB-022 | Pagina 1 de 1

REV: 8 de 16/12/2020

COMPAÑÍA:	DOBLE A INGENIERÍA SAS	INFORME N°	FT-4189-22
LOCALIZACIÓN:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	FECHA DE RECEPCIÓN:	2022-12-12
DESCRIPCIÓN:	MDC-10 - NIVEL DE TRÁNSITO NT3 ET-INV-ART 450-13	FECHA DE INFORME:	2023-02-16

	Contenido de asfalto, %	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5
	Prueba N°.	1	2	3	4	5
A	Masa en el aire de la muestra seca (g)	1560	1562	1593	1681	1538
D	Masa de la tapa mas el picnómetro lleno con agua a 25° C (g)	6472	6472	6472	6472	6472
E	Masa del picnómetro con la tapa , el agua y la muestra a 25°C (g)	7371	7370	7385	7432	7348
	Gravedad específica máxima teórica (Gmm)	**2,360**	**2,352**	**2,343**	**2,331**	**2,323**



Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

DOBLE A INGENIERIA

INFORME DE ENSAYOS DE SUELOS

GRAVEDADES ESPECÍFICAS DE LOS AGREGADOS DE LA FORMULA DE TRABAJO
GRAVEDAD ESPECÍFICA DE LOS SUELOS Y DEL LLENANTE MINERAL INV-E-128-13
GRAVEDAD ESPECÍFICA Y ABSORCIÓN DE AGREGADOS FINOS INV E-222-13
GRAVEDAD ESPECÍFICA Y ABSORCIÓN DE AGREGADOS GRUESOS INV E-223-13

FOR-LB-020
Rev: 9
Fecha Rev: 16/12/2020

Compañía:	DOBLE A INGENIERÍA SAS	Informe:	FT-4189-22
Localización:	PLANTA DE MEZCLA ASFÁLTICA MONDOÑEDO	Fecha Recepción:	2022-12-12
Descripción:	MDC-10 - NIVEL DE TRÁNSITO NT3 ET-INV-ART 450-13	Fecha Informe:	2023-02-16

DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD ESPECÍFICA DE LOS SUELOS Y DEL LLENANTE MINERAL INV E-128-13

Picnómetro N°				1		2		
Masa del suelo seco al horno	Ms	=	96,2	g	95,6	g		
Masa del frasco lleno de agua hasta la marca de calibración	Mpw, t	=	651	g	650	g		
Temperatura del ensayo	°C	=	20	g	20	g		
Factor de corrección basado en la densidad del agua a 20°C	K	=	1	g	1	g		
Masa del frasco con muestra lleno de agua hasta la marca de calibración	Mpws, t		710,8	g	709,4	g		
Gravedad específica de los solidos	G20°C		2,643		2,641			2,64

Observación: El ensayo se realiza sobre la fracción de material que pasa el tamiz N°200 de la gradación combinada de la Fórmula de trabajo

DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD ESPECÍFICA BULK DE AGREGADOS FINOS INV E-222-13

Masa en el aire de la muestra secada al horno	A	=	500,1	g
Masa en el aire de la muestra en condición SSS	S	=	503,4	g
Masa del frasco lleno de agua hasta la marca de calibración	B	=	648,9	g
Masa del frasco + agua + material (hasta la marca de calibración)	C	=	956,8	g

Gravedad específica Bulk	$G_{sb\ 23/23°C}$ =	2,55	**Gravedad específica Bulk aparente**	$G_{sa\ 23/23°C}$ =	2,60
Gravedad específica Bulk SSS	$G_{sb\ sss\ 23/23°C}$ =	2,57	**Absorción:**	*Absorción(%)* =	0,7

SSS : Saturada y Superficialmente Seca

Observación: El ensayo se realiza sobre la fracción de material que pasa el tamiz N°4 de la gradación combinada de la Fórmula de trabajo

DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD ESPECÍFICA BULK DE AGREGADOS GRUESOS INV E-223-13

Masa en el aire de la muestra secada al horno	A	=	3564,2	g
Masa en el aire de la muestra en condición SSS	B	=	3612,5	g
Masa de la muestra en condición SSS sumergida	C	=	2120,1	g

Gravedad específica Bulk	$G_{sb\ 23/23°C}$ =	2,38	**Gravedad específica Bulk aparente**	$G_{sa\ 23/23°C}$ =	2,46
Gravedad específica Bulk SSS	$G_{sb\ sss\ 23/23°C}$ =	2,41	**Absorción:**	*Absorción(%)* =	1,36

SSS : Saturada y Superficialmente Seca

Observación: El ensayo se realiza sobre la fracción de material que retiene el tamiz N°4 de la gradación combinada de la Fórmula de trabajo

Jefe de Laboratorio: Tec. Jhon Romero

Vo. Bo. Ing. Esteban Jimenez

Los Resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohíbe la reproducción total o parcial del siguiente informe sin autorización del Director de operaciones de Doble A Ingeniería SAS y el Cliente.

ANEXO 7

DOBLE A INGENIERIA

EVALUACIÓN DE LA SUCEPTIBILIDAD AL AGUA DE LAS MEZCLAS COMPACTADAS UTILIZANDO LA PRUEBA DE TRACCIÓN INDIRECTA; I.N.V. E-725-13

FOR-LB-236 | PAG 1 DE 1

REV: 2 de 01/06/2016

Fecha Recepción: 12 de diciembre de 2022
Fecha Ensayo: 13 de diciembre de 2022
Cliente: Doble A Ingeniería S.A.S
Obra: Control Calidad de mezcla.
Fuente: Planta de Asfalto Doble A Ingenieria S A.S
Tipo de Muestra: Diseño Fórmula de trabajo Mezcla densa en caliente tipo INV MDC-10-2013
Localización: ELEVADOR 07:50

Muestra No.: 4 189-22
Informe No.: TSR 0 243-22

Aditivo: N.A.

Dosificación del aditivo: N.A.

Identificación de la muestra		Probeta 1	Probeta 2	Probeta 3	Probeta 4	Probeta 5	Probeta 6	Formulas descriptivas
Promedio del diametro de las probetas en (mm)	D	101,7	101,7	101,7	101,7	101,7	101,7	Norma INV E 744-13
Promedio del Espesor de las probetas en (mm)	t	64,2	64,0	63,7	63,7	63,7	64,0	Norma INV E 744-13
Masa seca al aire; g	A	1103	1101,9	1110,2	1100,2	1105,1	1097,7	Norma INV E -733-13
Masa sss; g	B	1109,7	1108,1	1115,1	1108,6	1109,4	1105,9	Norma INV E -733-13
Masa en el Agua; g	C	601,3	598,1	603,2	601,2	599,5	598,3	Norma INV E -733-13
Volumen	E	508,4	510	511,9	507,3	509,9	507,6	(B - C)
G.E Bulk	F	2,170	2,161	2,169	2,169	2,167	2,163	(A/E)
G.E Maxima Teorica	G	2,336	2,336	2,336	2,336	2,336	2,336	Norma INV E-735-13
G.E Maxima	G_2	2,199	2,187	2,190	2,205	2,186	2,198	(A/(A-C)
% Vacios con aire	H	7,1	7,5	7,2	7,2	7,2	7,4	
Volumen de vacios con aire	I	36,23	38,30	36,64	36,32	36,83	37,69	HE/100
Carga N; kg-f	P	N.A.	N.A.	N.A.	1073	1052	1094	
Saturación en vacio a Kpa o mm Hg .								
Masa sss; g	B'	1129,1	1127,8	1136,3				Norma INV E -733-13
Masa en el Agua; g	C'	619,5	616,4	622,8				Norma INV E -733-13
Volumen	E'	509,6	511,4	513,5				(B' - C')
Volumen absoluto en agua	J'	26,1	25,9	26,1				(B' - A)
% de saturación		72,0 %	67,6 %	71,2 %				(J' / I)*100
% hinchamiento		0,236 %	0,275 %	0,313 %				(100(E' - E)/E)
Acondicionamiento de 24 horas en agua a 60 °C .								
Promedio del Espesor de las probetas; mm	t''	64,4	64,1	63,7				Norma INV E 744-13
Masa en el Agua; g	C''	623,3	623,3	627				
Masa sss; g	B''	1135,2	1136,2	1142,1				Norma INV E -733-13
Volumen	E''	511,9	512,9	515,1				(B'' - C'')
Volumen absoluto en agua	J''	32,2	34,3	31,9				(B'' - A)
% de saturación		88,89 %	89,56 %	87,06 %				(J'' / I)*100
% hinchamiento		0,688 %	0,569 %	0,625 %				(100(E'' - E)/E)
Carga N; kg-f	P''	910	930	891				
Resistencia seca; kg-f	Rts	N.A.	N.A.	N.A.	105,36	103,47	106,91	2000P/(ntD)
Resistencia seca promedio; kg-f					105,25			
Resistencia húmeda; kg-f	Rth	88,46	90,82	87,58				2000P''/(nt''D)
Resistencia húmeda promedio; kg-f		88,95						
RRT; %		84,52						(Rth/Rts)*100
Daño Por humedad		NO	NO	NO	No	No	No	
Fractura/Trituración del agregado		SI	SI	SI	SI	SI	SI	

Observaciones: Diseño

Jefe Laboratorio.: Tec. Jhon Romero.

Vo. Bo.: Ing.Esteban Jimenez.

Los resultados presentados en este informe corresponden únicamente a las muestras ensayadas y se prohibe la reproducción total o parcial del presente informe sin autorización del Gerente de Operaciones de Doble A Ingeniería S.A.S y el cliente

ESTRUCTURAS
DISEÑO & CONSTRUCCIÓN

INFORME DE INSPECCIÓN CON LÍQUIDOS PENETRANTES

DOOMENTO N° 1
INFORME 01-IEC COLEGIO JOSÉ FELIX RESTREPO

DATOS GENERALES

REPORTE: ENSAYO DE TINTAS PENETRANTES VISIBLE **FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME :** 26 DE JULIO 2023 **HOJA:** 1 **DE:** 4

CLIENTE : COMET GROUP SAS **FECHA DE EJECUCIÓN DEL ENSAYO:**

TELEFONO: 3138203145 **CORREO ELECTRONICO:** JAVIER.ESCOBAR@IESTRUCTURAS.COM

PROYECTO : COLEGIO JOSE FELIX RESTREPO **UBICACIÓN:** BOGOTA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL

DATOS DEL ELEMENTO A INSPECCIONAR

ELEMENTO A INSPECCIONAR: CUBIERTA SALONES **ZONA DEL ELEMENTO A INSPECCIONAR:** VIGA, COLUMNAS Y CORREAS

ESPECIFICACION DEL MATERIAL : **SERVICIO:** **CAPACIDAD:**

PROCESO DE SOLDADURA: **DIMENSIONES:** **TIPO DE UNION:** **ESPESOR:**

DATOS TÉCNICOS DE LA INSPECCIÓN

PROCEDIMIENTO: LIQUIDOS PENETRANTES **NORMA DE REFERENCIA:** ASTM E 165 TIPO II **MÉTODO:** MÉTODO C

PORCENTAJE DE INSPECCIÓN VISUAL: 100% **TIPO DE LIQUIDOS PENENTRANTES:** AEROSOL **TIPO DE APLICACIÓN:** MANUAL

ILUMINACIÓN: LUZ NATURAL **MARCA COMERCIAL DE LOS LIQUIDOS:**

IDENT. DE REMOVEDOR:	IDENT. DE PENENTRANTE:	IDENT. DEL REVELADOR:
SPOTCHECK AEROSOL SKC S	SPOTCHECK AEROSOL SKL-WP2	SPOTCHECK AEROSOL SKD-S2

RESULTADOS DE LA INSPECCIÓN

No. DE MUESTRA	TEMP.	IDENT/JUNTA	Prof. sold (mm)	TIEMPOS DE APLICACIÓN		DATOS DE LA INDICACIÓN (DIMENSIONES)		RESULTADO		OBSERVACIONES DE RESULTADOS
				PENETRANTE	REVELADO	LARGO	ANCHO	DENTRO DE NORMA	FUERA DE NORMA	
1	AMB.	COL EJE 5	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		
2	AMB.	CORREA EJE E	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		
3	AMB.	VIGA EJE 3	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		S.E.
4	AMB.	PLATINA EJE 3	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		S.E.
5	AMB.	VIGA EJE 1	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		S.E.
6	AMB.	CORREA EJE D	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		S.E.
7	AMB.	COL EJE B	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		
8	AMB.	VIGA EJE B	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		
9	AMB.	CORREA EJE 6	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		
10	AMB.	PLATINA EJE B	3	10 min	10 min	200mm	15mm	x		S.E.

DEFECTOLOGIA

S.E. Socavado externo	F. Fisura	I.E.A Inclusión escoria Alineada
I.E. Inclusión de Escoria	P.A. Porosidad Aislada	G. Grietas
C.E Concavidad Externa	P.A. G. Porosidad Agrupada	P.V. Porosidad Vermicular

OBSERVACIONES:

La prueba con liquidospenetrantes del proyecto no presentan indicaciones que sobrepasen los criterios de aceptación de acuerdo con el código AWS D 1.1 por lo tanto se consideran aprobadas

Elaborado Por:	Recibido Por:
ING. JAVIER ANDRÉS ESCOBAR PINTOR	

ESTRUCTURAS DISEÑO & CONSTRUCCIÓN	INFORME DE INSPECCIÓN CON LÍQUIDOS PENETRANTES	DOOMENTO N° 1 INFORME 01-IEC COLEGIO JOSÉ FELIX RESTREPO

DATOS GENERALES

REPORTE: ENSAYO DE TINTAS PENETRANTES VISIBLE **FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME :** **26 DE JULIO 2023** **HOJA:** 2 **DE:** 4

CLIENTE : COMET GROUP SAS **FECHA DE EJECUCIÓN DEL ENSAYO:** 29 DE JUNIO DE 2023

CORREO ELECTRONICO: **JAVIER.ESCOBAR@IESTRUCTURAS.COM** **TELEFONO:** **3138203145**

PROYECTO : COLEGIO JOSE FELIX RESTREPO **UBICACIÓN:** BOGOTA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL

REPORTE FOTOGRÁFICO DE LA INSPECCIÓN













OBSERVACIONES:

La prueba con liquidospenetrantes del proyecto no presentan indicaciones que sobrepasen los criterios de aceptación de acuerdo con el código AWS D 1.1 por lo tanto se consideran aprobadas

Elaborado Por:	Recibido Por:
ING. JAVIER ANDRÉS ESCOBAR PINTOR	

ESTRUCTURAS DISEÑO & CONSTRUCCIÓN	INFORME DE INSPECCIÓN CON LÍQUIDOS PENETRANTES	DOOMENTO N° 1 INFORME 01-IEC COLEGIO JOSÉ FELIX RESTREPO

DATOS GENERALES

REPORTE: ENSAYO DE TINTAS PENETRANTES VISIBLE **FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME :** **26 DE JULIO 2023** **HOJA:** 3 **DE:** 4

CLIENTE : COMET GROUP SAS **FECHA DE EJECUCIÓN DEL ENSAYO:** 7 DE JULIO DE 2023

CORREO ELECTRONICO: **JAVIER.ESCOBAR@IESTRUCTURAS.COM** **TELEFONO:** **3138203145**

PROYECTO : COLEGIO JOSE FELIX RESTREPO **UBICACIÓN:** BOGOTA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL

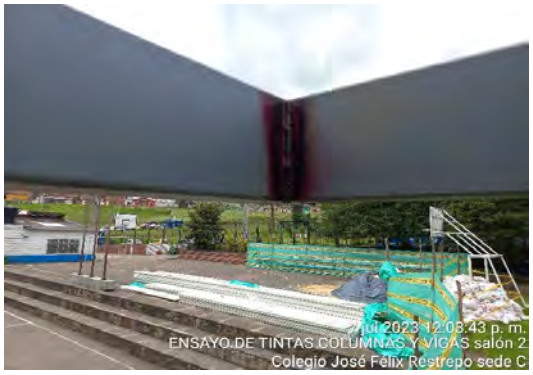
REPORTE FOTOGRÁFICO DE LA INSPECCIÓN













OBSERVACIONES:

La prueba con liquidospenetrantes del proyecto no presentan indicaciones que sobrepasen los criterios de aceptación de acuerdo con el código AWS D 1.1 por lo tanto se consideran aprobadas

Elaborado Por:	Recibido Por:
ING. JAVIER ANDRÉS ESCOBAR PINTOR	

ESTRUCTURAS DISEÑO & CONSTRUCCIÓN	INFORME DE INSPECCIÓN CON LÍQUIDOS PENETRANTES	DOOMENTO N° 1 INFORME 01-IEC COLEGIO JOSÉ FELIX RESTREPO

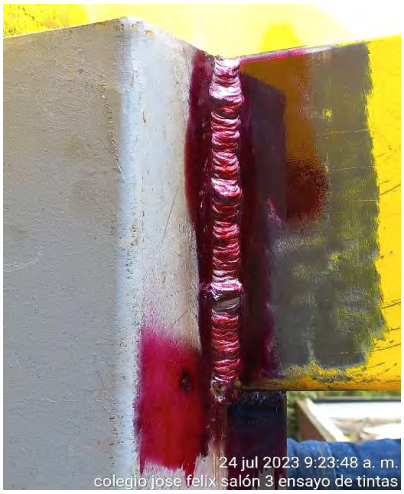
DATOS GENERALES

REPORTE:	ENSAYO DE TINTAS PENETRANTES VISIBLE	**FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME :**	**26 DE JULIO 2023**	**HOJA:**	4	**DE:**	4
CLIENTE :	COMET GROUP SAS	**FECHA DE EJECUCIÓN DEL ENSAYO:**	24 DE JULIO DE 2023				
CORREO ELECTRONICO:	**JAVIER.ESCOBAR@IESTRUCTURAS.COM**	**TELEFONO:**	**3138203145**				
PROYECTO :	COLEGIO JOSE FELIX RESTREPO	**UBICACIÓN:**	BOGOTA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL				

REPORTE FOTOGRÁFICO DE LA INSPECCIÓN













OBSERVACIONES:

La prueba con liquidospenetrantes del proyecto no presentan indicaciones que sobrepasen los criterios de aceptación de acuerdo con el código AWS D 1.1 por lo tanto se consideran aprobadas

Elaborado Por:	Recibido Por:
ING. JAVIER ANDRÉS ESCOBAR PINTOR	



CONSTRUCCIONES SOLDADAS

QC Welding

INSPECCION Y CONTROL CALIDAD

Fabricante Estructura	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	**Fecha Visita**	Junio 05 de 2023
Dirección	Carrera 31 d bis sur # 2 - 24	**Proyecto**	SED JOSE JOAQUIN CASTRO MARTINEZ
Asunto	Informe Técnico de Inspección en Construcciones Soldadas		

Objetivo:

Informar sobre las actividades de control calidad en inspección en construcciones soldadas para la estructura de cubierta para el Colegio JOSE JOAQUIN CASTRO MARTINEZ en la ciudad de Bogotá DC en el Departamento de Cundinamarca.

Alcance:

Está dirigido a la gerencia del proyecto, la interventoría, directores de obra, ingenieros, residentes, inspectores, supervisores, jefes de taller, soldadores, operarios y todos los que se relacionan directamente con las operaciones de construcciones soldadas.

Normas Referencia:

- NSR-10 Capitulo F: Estructuras Metálicas
- AWS D1.1/D1.1 M:2015 Código de la Soldadura y el Acero.
- NTC/GTC 110: Guía para la Inspección visual de Soldaduras.
- ANSI/AWS B1.10 y/o NTC 2120: Soldadura, Guía para la Inspección de Soldadura mediante Ensayos No destructivos (NDT).
- NTC-5832: Practicas Normalizadas para Fabricación y Montaje de Estructuras en Acero. Edificios y Puentes.
- NTC-100: Metrología; Sistema Internacional de Unidades.

Descripción:

Se realizan actividades de inspección para control calidad en construcciones soldadas en misión del Constructor PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA para verificación de construcciones soldadas para la estructura de cubierta en uniones soldadas tipo empalmes (juntas a tope) principalmente, con materiales en acero estructural en perfil estructural cuadrado; inspección en sitio bajo referencia de la norma NSR-15 y código de soldadura AWS D1.3 así:

Especificaciones para la Inspección.

- Para el Control Calidad se consideran Indicaciones todas aquellas interrupciones del material en su estructura física normal en la configuración de los productos metálicos soldados, zonas afectadas por el calor y materiales; para la inspección visual se seguirán las indicaciones del Código AWS en función al método de inspección.

- Se establecen actividades de inspección no destructiva por líquidos penetrantes para construcciones soldadas para procesos de soldadura por arco eléctrico con electrodo revestido y/o SMAW en referencia a la NSR-15 y bajo el Código AWS D 1.1 / D 1.1 M:2015 y AWS D1.1 / D1.3.

- Todas las uniones de soldadura deberán ser aplicadas en su totalidad y sin excepción como se establecen en los procedimientos y diseños constructivos; para todos los elementos que estén sometidos a cargas de trabajo estructurales principales y secundarias para cualquier conjunto o parte soldada, se debe cumplir los lineamientos del AWS y la Norma NTC 5832 y todos los códigos contractuales vigentes para el proyecto en la verificación de las construcciones Soldadas.

INFORME TÉCNICO DE INSPECCION EN CONSTRUCCIONES SOLDADAS					
Proyecto	ESTRUCTURA CUBIERTA COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO MARTINEZ				
Fabricante	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	**Contratante**	PROFESIONALES ASOCIADOS		
Ubicación	Bogotá DC, Calle 31 d bis sur # 2 - 24				
Asunto	Informe Técnico Inspección en Construcciones Soldadas No.06			**Fecha:**	05/06/2023

REGISTRO ACTIVIDADES



Registro Fotográfico 01

Inspección de estructura:

Inspección y control calidad en construcciones soldadas por método de ensayos no destructivos (QC-VT/PT: Visual Testing / Penetrant Testing) a soldaduras que conforman la estructura de cubierta Salón 1 y Salón 2.

Se inició la actividad desde el costado occidental hacia el costado oriental desde el Punto 01 hasta el punto 04 en uniones de sujeción de correas a cerchas.



Registro Fotográfico 02

Se observan en sitio materiales en acero unidos zonas de secciones de correas de los elementos en acero unidos con soldadura en juntas a tope y materiales usados como:

- Perfil rectangular estructural de 200 mm X 60 mm X 3 mm
- Soldadura E-6013 con Ø de 1/8 (3.2 mm)



Registro Fotográfico 03

Se realiza spot de revisión al 10% del total de las uniones de empalmes de los perfiles, puntos seleccionados por la interventoría para el conjunto, para ensayo no destructivo con inspección visual se aplica una limpieza tipo SSPC-SP 2: y grata o cepillo metálico (manual); se realiza la inspección visual de las soldaduras con acceso al 100%.



Registro Fotográfico 04

En el control dimensional de las aplicaciones de soldadura se observan cordones en juntas en filete principalmente (juntas en T).

Se tienen en promedio dimensiones de soldadura en longitudes de 200 mm y 60 mm en tres (03) zonas, alturas de filetes de los cordones en 07 mm, alturas de los cordones en 2 mm aproximadamente.



Registro Fotográfico 05

Realizada la inspección visual (VT) se aplican los ensayos no destructivos, así:

Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Tipo: 2A, Penetrante Coloreado Visible,
Método A: removible con agua.
Kit de Inspección:
MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®. Penetrante: SKL-SP2 rojo,
Tiempo de acción: 15 minutos sobre las superficies ensayadas.



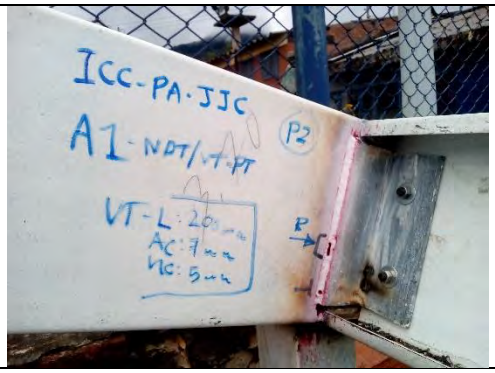
Registro Fotográfico 06

Una vez retirados los excesos del líquido penetrante, se realizan las aplicaciones del líquido revelador sobre las superficies ensayadas:

Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Forma A: Revelador en Polvo bajo norma ASTM E 195, ASTM E 1418.
Kit de Inspección: MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®.
Revelador: SKD-S2 blanco.
Tiempo de acción: 07 minutos reacción con el penetrante.



En la evaluación del revelado del ensayo se tienen superficies soldadas conformes; en tres puntos (zonas) el revelado muestra indicaciones tipo poros. En sitio se recomiendan realizar las reparaciones correspondientes en las zonas demarcadas en las superficies inspeccionadas durante la jornada de inspección.

Registro Fotográfico 07	
	Como trazabilidad de Inspección para el ensayo se utiliza la misma de la inspección previa a este informe de la siguiente forma: • IEC-PA-JJA: Estructura Cubierta, Colegio Jose Juaquin Castro • PA: Profesionales Asociados LTDA • NDT-VT/PT: Ensayo no destructivo, punto de inspección • Cuadro control dimensiones del cordón de soldadura e inspección visual.
Registro Fotográfico 08	
	En la imagen se observa la inspección en una junta con indicación del tipo poros alineados en el Punto 4 Salón 1, con dimensiones de 15 mm a 4 mm de como evidencia del revelado de los ensayos.
Registro Fotográfico 09	
	En el punto cinco (5) en una zona de la unión soldada se evidencian indicaciones tipo poros, porcentaje de indicación 30% en toda la longitud de la soldadura del filete en 200 mm totales de soldadura aplicada. Se recomienda en sitio la reparación de las zonas indicadas correspondientes bajo las mismas condiciones del proceso de soldadura y procedimientos utilizados en la construcción de la cubierta.
Registro Fotográfico 10	

 **Registro Fotográfico 11**	Durante la fecha de la visita de la inspección, se realizan las reparaciones en tres puntos (zonas) con indicación revelada por las tintas penetrantes, se realiza con los mismos procedimientos de soldadura y uso de metal de aporte empleado en la construcción
 **Registro Fotográfico 12**	Se realizan ensayos en tres zonas de reparación correspondientes a ensayos no destructivos las superficies revelan conformidad sin indicaciones después de las reparaciones ejecutadas por el Fabricante de la estructura de cubiertas de los salones 1 y 2.

OBSERVACIONES GENERALES.

1. Inspección realizada para dos (2) conjuntos soldados de cubierta (salones) con muestreo de ensayo de inspección no destructivo con tintas penetrantes en spot aplicado al 10% del total de las uniones soldadas y al 100% de inspección visual en las zonas de libre acceso, spot en 4 (cuatro) puntos en juntas de filete. Se evidencian indicaciones del tipo poros, salpicaduras y escorias sin remover en la parte inicial de la actividad; se realizan reparaciones en las superficies No Conformes, se realizan nuevamente ensayos en los puntos reparados y de re-inspección con superficies Conformes y Aceptables.

2. Se recomienda soportar todos los materiales usados en la construcción del ensamble soldado (estructura) y todo material adicional que no se encuentre descrito y especificado en los planos y como resultado de las labores constructivas para la estructura inspeccionada, teniendo en cuenta las operaciones realizadas en la construcción para el funcionamiento estructural del ensamble, la geometría, dimensiones de elementos o piezas o estructuras ensambladas en taller y la obra. Si por actividades constructivas se generan planos y/o documentos en construcciones soldadas estos deberán ser claros y vigentes, adicionalmente que indiquen los materiales, la ubicación, la orientación con las vistas, los detalles y secciones, las soldaduras aplicadas; detalles de las conexiones entre los miembros, marcas de identificación, numeración o posición de cada pieza instalada o fabricada con el tipo de preparación de superficie, el tipo de

protección contra la corrosión y el tipo de acabado, la descripción, el procedimiento la simbología y el tipo de soldadura empleado en los procesos constructivos.

3. La responsabilidad por la ejecución de los diseños y la fabricación con exactitud de las dimensiones detalladas en los planos de taller, y el buen ajuste de los miembros a ensamblarse en campo, las correcciones, modificaciones y actividades de alineación y ajuste del montaje son responsabilidad del Fabricante; garantizando el correcto ensamble bajo los estándares de las NSR vigentes; se deben cumplir con los rangos y las tolerancias especificadas por el Diseñador por lo que se debe verificar el estado actual de la estructura si se presenta falla en lo anteriormente descrito por parte del Fabricante; verificación de los asentamientos, verticalidad, niveles y plomos con una comisión Topográfica y el personal competente en obra.

4. Para las actividades de aplicación de recubrimientos de superficies metálicas (pintura) se deben seguir recomendaciones tipo NACE o SSPC y/o similares ya que para las Inspecciones se detectaron fallas de elementos que no fueron retirados como las calaminas, escorias atrapadas excesos de soldadura y contaminantes por corrosión, se deben reparar las zonas con indicación y establecer el grado de aceptación según los requerimientos del Diseño.

JVL Ensayos e Ingeniería

DENSIDAD Y HUMEDAD DEL SUELO EN EL TERRENO, Y/O DENSIDAD DE MEZCLAS BITUMINOSAS MÉTODO NUCLEAR

Código: F-086	Versión: 2
Actualización:	2022-03-23
Página: Ver pie de página	

Fecha de Toma de Densidades: 2023 (Año) 07 (Mes) 10 (Día)

INV 164-2013 ☐ INV E 746-2013 ☐ Consecutivo No

EMPRESA: Colegio Tomás Lucas Vargas: SEDE A | CÓDIGO OBRA: | Equipo: Marca: Troxler Modelo: 3430 No. de serie: 33640 | Laboratorista: Ale Sanchez.

Ensaye No.	Tipo de Material	LOCALIZACIÓN	Método* BS	Método* TD	Capa (Nº)	Espesor de la capa (cm)	Profundidad (cm)	Costado	Humedad (%)	Masa unitaria húmeda (kg/m³)	Masa unitaria seca (kg/m³)	Porcentaje de compactación (%)
	A.F.	Cancha principal		4	1.	30	20	Norte	8.3	2040	1882	85.7
	A.F.	" "		5	1.	30	20	Sur.	7.5	1950	1814	82.6
	A.F.	" "		6	1	30	20	Sur oriente	8.6	2015	1855	84.4
	A.F.	" "		7	1	30	20	Nor oriente	7.5	1942	1807	82.2

* BS: Backscatter, TD:Transmisión directa

Conteo estándar Humedad _____ Densidad _____

Control de Trabajos

Acepto el cobro de las densidades aquí registradas _____ Acepto el cobro de 5 densidades _____

No se hizo el trabajo programado, Acepto el cobro del transporte _____ Dirección _____

Tipo de material: Agregado triturado

Densidad máxima de laboratorio (kg/m³): 2187

Humedad: 6.7 .

Representante de la Compañía

Nombre: Vivian Castro

Cargo: Residente obra

Firma:

Observaciones:

Powered by CamScanner

ANEXO SST-01. INDUCCIONES SST INTERVENTORÍA

ARL SEGUROS BOLÍVAR

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

INGENIERIA MASTER S.A.S

Certifica que:

KAREN JINETH ACOSTA PÁEZ .

Identificado(a) con Número de documento 1023010072

Cursó y aprobó la formación virtual:

INDUCCIÓN GENERAL INGENIERÍA MASTER Y CONSORCIOS

Con una duración de 2 horas

21 de julio de 2023

ARL SEGUROS BOLÍVAR

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

INGENIERIA MASTER S.A.S

Certifica que:

ANDRÉS BELLO ACUÑA .

Identificado(a) con Número de documento 1014244248

Cursó y aprobó la formación virtual:

INDUCCIÓN GENERAL INGENIERÍA MASTER Y CONSORCIOS

Con una duración de 2 horas

25 de julio de 2023

ANEXO SST-02. EXÁMENES MÉDICOS INTERVENTORÍA.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 2	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club
TELÉFONO	6224464 - 7425327	**EMAIL**	citas.norte2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-06-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ANDRES GIOVANNY BELLO ACUA		Identificación CC	Nro 1014244248	
Fecha de Nacimiento	1993-06-12	**Edad**	30	**Sexo**	M
Empresa	INGENIERIA MASTER S.A.S.				
Cargo	RESIDENTE DE INTERVENTORIA				
Fecha Ingreso	2023-06-28 08:51:59	**Fecha Salida**	2023-06-28 10:15:16		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
	Observaciones: CONTROL ANUAL, CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN VISUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI
CARDIOVASCULAR	SI
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Laura Rua Pertuz M.D.
Esp Salud Ocupacional
R.M. 1043874698
Res. 527 De 2021

LAURA VANESSA RUA PERTUZ
RM: 1043874698
Firma y sello del médico

ANDRES GIOVANNY BELLO ACUA
CC 1014244248
Firma del trabajador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 2	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club
TELÉFONO	6224464 - 7425327	**EMAIL**	citas.norte2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-07-04	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	KAREN JINETH ACOSTA PAEZ			Identificación CC	Nro 1023010072
Fecha de Nacimiento	1995-12-24	**Edad**	27	**Sexo**	F
Empresa	INGENIERIA MASTER S.A.S.				
Cargo	INSPECTOR DE INTERVENTORIA				
Fecha Ingreso	2023-07-04 10:00:02	**Fecha Salida**	2023-07-04 11:04:51		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGLOBINA	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA: SI

Observaciones:
PACIENTE CON DX DE TRASTORNOS DE LA REFRACCION SE RECOMIENDA VALORACION EN SU EPS CON OPTOMETRIA PARA FORMULACION D E GAFAS O D E LENTES Y USO PERMANENTE

OTRAS: NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL: SI

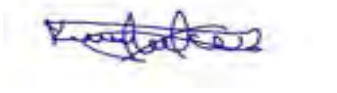
OTROS: NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



EDWIN BOLIVAR ALVARADO CORREA
RM: 85454620/Exp.05-09-2017
Firma y sello del médico



KAREN JINETH ACOSTA PAEZ
CC 1023010072
Firma del trabajador

ANEXO SST-03. RELACIÓN DEL PERSONAL INTERVENTORÍA

PERSONAL APROBADO CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	CINDY LORENA RODRIGUEZ BOHORQUEZ	1.072.648.578	DIRECTOR DE INTERVENTORIA		X
2	LUIS CARLOS ROJAS BARON	1.013.657.571	RESIDENTE	X	
3	JUAN GUILLERMO RODRIGUEZ SIERRA	1.020.770.898	RESIDENTE	X	
4	ANDRES GIOVANNY BELLO ACUÑA	1.014.244.248	RESIDENTE		X
5	JOHN CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	1.012.420.871	INSPECTOR	X	
6	EDWARD ALEXANDER RODRIGUEZ SUAREZ	80.057.261	INSPECTOR	X	
7	KETTY MARIA CHIQUILLO BUENO	52.791.845	INSPECTOR		X
8	CARLOS ANDRES MONTES TORRES	1.066.526.693	INSPECTOR	X	
9	WENDY DANIELA VARGAS NIÑO	1.020.830.427	INSPECTOR		X
10	KAREN JINETH ACOSTA PÁEZ	1.023.010.072	INSPECTOR		X
11	WILLIAM ENRIQUE FAJARDO CAMARGO	80.818.343	INSPECTOR		X
12	YENY CAROLINA GARZA BARRERA	1.100.504.092	TÉCNICO SST	X	
13	NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON	1.012.372.053	TÉCNICO SST	X	
14	MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA	1.023.976.667	TÉCNICO SST	X	
15	ALVARO ROMERO BALLESTEROS	79.760.209	TÉCNICO SST	X	
16	JOSÉ LUIS ANAYA GUERRERO	80.757.940	ASESOR ESTRUCTURAL		X
17	ERIKA PATRICIA PASTOR SILVA	1.070.963.120	ASESOR AMBIENTAL		X
18	DAVID ALEJANDRO UMBARILLA	80.179.488	ASESOR ELECTRICO		X
19	JUAN CAMILO TORRES ZAPATA	80.182.579	ASESOR HIDROSANITARIO		X

ANEXO SST-04. PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORÍA

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901648957	3	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA (COMPENSAR)	CARRERA 57 # 99A - 65 OFC 1110 BAQ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3434123	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	53332391	9453659916	E	2023/07/17	2023/07/18	BANCOLOMBIA	1	$9,540,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52791845	CHIQUILLO KETTY																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS017	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
2	CC	1012372053	CRUZ NITSSON																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS017	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
3	CC	1049602978	FONSECA IVONNE		X															X	230301	13	$780,000	$124,800	EPS010	13	$780,000	$31,200	CCF24	13	$1,150,000	$46,000	14-7	13	$780,000	$54,300	13	$0	$0	Si	$256,300
4	CC	1100504092	GARZA YENY																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
5	CC	1024532636	GUERRA WENDY																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
6	CC	1066526693	MONTES CARLOS																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS041	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
7	CC	1072648578	RODRIGUEZ CINDY																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-7	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
8	CC	80057261	RODRIGUEZ EDWARD																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
9	CC	1020770898	RODRIGUEZ JUAN																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
10	CC	52448642	RODRIGUEZ SANDRA		X															X	230201	26	$1,560,000	$249,600	EPS008	26	$1,560,000	$62,400	CCF24	26	$1,798,710	$72,000	14-7	26	$1,560,000	$108,600	26	$0	$0	Si	$492,600
11	CC	1013657571	ROJAS LUIS																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
12	CC	79760209	ROMERO ALVARO																		25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
13	CC	1012420871	SANTANA JOHN																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS001	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
14	CC	1020830427	VARGAS WENDY	X																	230301	26	$1,560,000	$249,600	EPS017	26	$1,560,000	$62,400	CCF24	26	$1,560,000	$62,400	14-7	26	$1,560,000	$108,600	26	$0	$0	Si	$483,000
15	CC	1023976667	VELASCO MABEL																		25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS002	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
Total	**Afiliados(15)**																						$30,700,000	$4,912,000			$30,700,000	$1,228,000			$31,308,710	$1,252,400			$30,700,000	$2,137,000		$0	$0		$9,529,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901648957	3	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA (COMPENSAR)	CARRERA 57 # 99A - 65 OFC 1110 BAQ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3434123	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	53332391	9453659916	E	2023/07/17	2023/07/18	BANCOLOMBIA	1	$9,540,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				15	$4,912,000	$5,800	$0	$4,917,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$832,000	$1,000	$0	$833,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$3,542,400	$4,100	$0	$3,546,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$537,600	$700	$0	$538,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$2,137,000	$2,500	$0	$2,139,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	15	$2,137,000	$2,500	$0	$2,139,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$1,252,400	$1,500	$0	$1,253,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	15	$1,252,400	$1,500	$0	$1,253,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				15	$1,228,000	$1,700	$0	$1,229,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$72,000	$100	$0	$72,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$422,400	$500	$0	$422,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$31,200	$100	$0	$31,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$278,400	$400	$0	$278,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$72,000	$100	$0	$72,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$64,000	$100	$0	$64,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$288,000	$400	$0	$288,400
TOTAL				**15**	**$9,529,400**	**$11,500**	**$0**	**$9,540,900**

ANEXO SST-05. ENTREGA EPP INTERVENTORÍA

ANEXO SST-06. REGISTRO CHARLAS Y CAPACITACIONES

EVALUACION TEMATICA: Prevención del acoso laboral

FECHA *

DD MM AAAA

13 / 06 / 23

NOMBRE *

Alvaro Romero Ballesteros

CEDULA *

79760209

CARGO *

INSPECTOR SST

EVALUACION TEMATICA: Prevención de accidentes por caídas a nivel

FECHA *

DD MM AAAA

11 / 07 / 23

NOMBRE *

ANDRES GIOVANNY BELLO ACUÑA

CEDULA *

1014244248

CARGO *

RESIDENTE DE INTERVENTORIA

EVALUACION TEMATICA: Prevención de acoso laboral

FECHA *

DD MM AAAA

13 / 06 / 23

NOMBRE *

Mabel Velasco Osuna

CEDULA *

1023976667

CARGO *

INSPECTOR SST

EVALUACION TEMATICA: Prevención de acoso laboral

FECHA *

DD MM AAAA

13 / 06 / 23

NOMBRE *

Sandra Patricia Rodríguez Carrillo

CEDULA *

52448642

CARGO *

INSPECTOR DE INTERVENTORIA

EVALUACION TEMATICA: Prevención de acoso laboral

FECHA *

DD MM AAAA

13 / 06 / 23

NOMBRE *

Wendy Daniela Vargas Niño

CEDULA *

1020830427

CARGO *

INSPECTOR DE INTERVENTORIA

EVALUACION TEMATICA: Prevención de acoso laboral

FECHA *

DD MM AAAA

13 / 06 / 23

NOMBRE *

Yeny Carolina Garza Barrera

CEDULA *

1100504092

CARGO *

INSPECTOR SST

EVALUACION TEMATICA: Prevención de accidentes por caídas a nivel

FECHA *

DD MM AAAA

11 / 07 / 23

NOMBRE *

Yeny Carolina Garza Barrera

CEDULA *

1100504092

CARGO *

INSPECTOR SST

EVALUACION TEMATICA: Orden y aseo (riesgo locativo)

FECHA *

DD MM AAAA

06 / 07 / 23

NOMBRE *

Yeny Carolina Garza Barrera

CEDULA *

1100504092

CARGO *

INSPECTOR SST

ANEXO SST-07. CERTIFICADO DE ACCIDENTALIDAD ARL INTERVENTORÍA

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS
Identificada con NIT No. 901648957

Durante el período comprendido entre el 12 de Junio de 2023 y el 12 de Julio de 2023 presentó la siguiente siniestralidad. Certificación generada por fecha de siniestro.

TODOS DETALLE DEL EVENTO	AÑO 2023
Numero de Accidentes Calificados de Origen Laboral	0
Numero de Accidentes que Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Dias Iniciales de Incapacidad Generados por Accidentes	0
Dias de Prorroga de Incapacidad Generadas por Accidentes	0
Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajadores Activos	0
Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajadores Retirados	0
Numero de Accidentes Pendientes por Definir el Origen	0
Numero de Accidentes Graves de Acuerdo a Resolucion 1401 de 2007	0
Numero de Enfermedades Calificadas de Origen Laboral	0
Numero de Enfermedades que Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Dias Iniciales de Incapacidad Generados por Enfermedades	0
Dias de Prorroga de Incapacidad Generadas por Enfermedades	0
Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades de Trabajadores Activos	0
Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades de Trabajadores Retirados	0
Numero de Enfermedades Pendientes por Definir el Origen	0
Total Eventos con IPP	0
Total Eventos Fatales	0
Total Eventos con Invalidez	0
Numero de Casos de Accidentes de Trabajo en Estado Abierto	0
Numero de Casos de Accidentes de Trabajo en Estado Cerrado	0
Total Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajo	0
Total Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades Laborales	0
Numero de Accidentes Laborales con IPP	0
Numero de Enfermedades Laborales con IPP	0
Numero de Accidentes Laborales Fatales	0
Numero de Enfermedades Laborales Fatales	0
Numero de Accidentes Laborales con Invalidez	0
Numero de Enfermedades Laborales con Invalidez	0

TODOS DETALLE DEL EVENTO	AÑO 2023
Numero de Accidentes que NO Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Numero de Enfermedades que NO Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Julio del año 2023.

Firma Representante Legal

** Informaci?n suministrada por la empresa.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

ANEXO SST-08. CERTIFICADO REVISOR FISCAL DE PAGO DE PARAFISCALES Y DE SALARIOS

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901648957	3	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA (COMPENSAR)	CARRERA 57 # 99A - 65 OFC 1110 BAQ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3434123	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	53332391	9453659916	E	2023/07/17	2023/07/18	BANCOLOMBIA	1	$9,540,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52791845	CHIQUILLO KETTY																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS017	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
2	CC	1012372053	CRUZ NITSSON																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS017	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
3	CC	1049602978	FONSECA IVONNE		X															X	230301	13	$780,000	$124,800	EPS010	13	$780,000	$31,200	CCF24	13	$1,150,000	$46,000	14-7	13	$780,000	$54,300	13	$0	$0	Si	$256,300
4	CC	1100504092	GARZA YENY																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
5	CC	1024532636	GUERRA WENDY																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
6	CC	1066526693	MONTES CARLOS																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS041	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
7	CC	1072648578	RODRIGUEZ CINDY																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-7	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
8	CC	80057261	RODRIGUEZ EDWARD																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
9	CC	1020770898	RODRIGUEZ JUAN																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
10	CC	52448642	RODRIGUEZ SANDRA		X															X	230201	26	$1,560,000	$249,600	EPS008	26	$1,560,000	$62,400	CCF24	26	$1,798,710	$72,000	14-7	26	$1,560,000	$108,600	26	$0	$0	Si	$492,600
11	CC	1013657571	ROJAS LUIS																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
12	CC	79760209	ROMERO ALVARO																		25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
13	CC	1012420871	SANTANA JOHN																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS001	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
14	CC	1020830427	VARGAS WENDY	X																	230301	26	$1,560,000	$249,600	EPS017	26	$1,560,000	$62,400	CCF24	26	$1,560,000	$62,400	14-7	26	$1,560,000	$108,600	26	$0	$0	Si	$483,000
15	CC	1023976667	VELASCO MABEL																		25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS002	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-7	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
Total	**Afiliados(15)**																						$30,700,000	$4,912,000			$30,700,000	$1,228,000			$31,308,710	$1,252,400			$30,700,000	$2,137,000		$0	$0		$9,529,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901648957	3	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA (COMPENSAR)	CARRERA 57 # 99A - 65 OFC 1110 BAQ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3434123	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

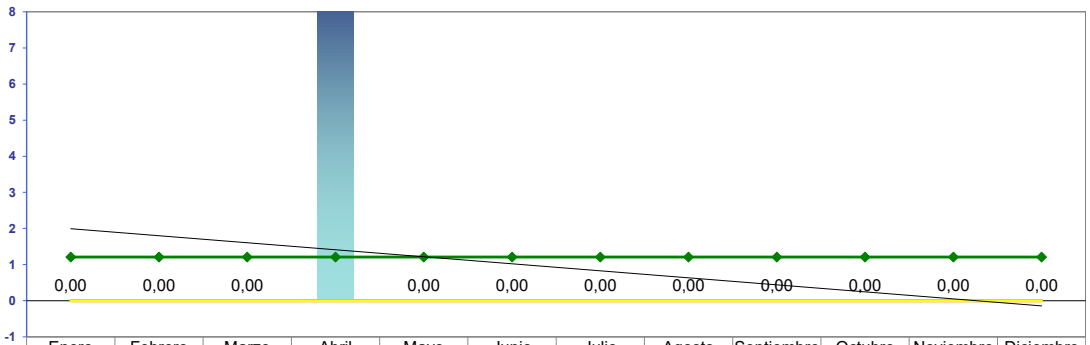
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	53332391	9453659916	E	2023/07/17	2023/07/18	BANCOLOMBIA	1	$9,540,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				15	$4,912,000	$5,800	$0	$4,917,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$832,000	$1,000	$0	$833,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$3,542,400	$4,100	$0	$3,546,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$537,600	$700	$0	$538,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$2,137,000	$2,500	$0	$2,139,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	15	$2,137,000	$2,500	$0	$2,139,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$1,252,400	$1,500	$0	$1,253,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	15	$1,252,400	$1,500	$0	$1,253,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				15	$1,228,000	$1,700	$0	$1,229,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$72,000	$100	$0	$72,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$422,400	$500	$0	$422,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$31,200	$100	$0	$31,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$278,400	$400	$0	$278,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$72,000	$100	$0	$72,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$64,000	$100	$0	$64,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$288,000	$400	$0	$288,400
TOTAL				**15**	**$9,529,400**	**$11,500**	**$0**	**$9,540,900**

ANEXO SST-09. INDICADORES SST INTERVENTORÍA

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR							
	Nombre del Indicador	Frecuencia de Accidentalidad			Responsable		Coordinador SST		
Formula del Indicador:	Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100					Tipo de Indicador	Resultado		
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.								
Interpretacion	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo								
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de AT	Unidades	NUMERO	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	1,21				Nivel satisfactorio	0,00	Nivel critico	>2,41	



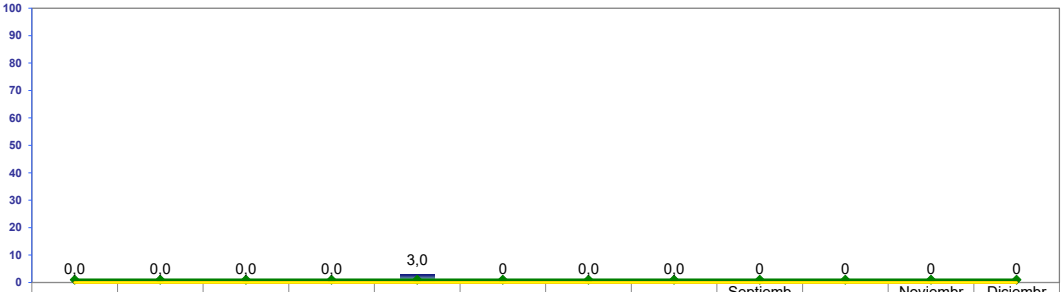
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE FRECUENCIA	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
META	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21
NIVEL CRÍTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0

MES	META	Número de accidentes de trabajo que se presentaron	Número de trabajadores en el mes	FRECUENCIA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	1,21	0	**6**	0,00	Durante el primer trimestre del año no se presentaron Accidentes laborales	NO APLICA
Febrero	1,21	0	**8**	0,00		
Marzo	1,21	0	**9**	0,00		
Abril	1,21	1	**9**	11,11	Durante el segundo trimestre del año se presento un accidente de trabajo con 3 dias de incapacidad	NO APLICA
Mayo	1,21	0	**15**	0,00		
Junio	1,21	0	**16**	0,00		
Julio	1,21	0	**20**	0,00		
Agosto	1,21	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	1,21	0		#¡DIV/0!		
Octubre	1,21	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	1,21	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	1,21	0		#¡DIV/0!		
TOTALES	1	1	12	8,43		

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR		
Nombre del Indicador	Severidad de accidentalidad	Responsable	Coordinador SST	
Formula del Indicador:	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Tipo de Indicador	Resultado	
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.			
Interpretacion	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo			

Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Incapacidades por AT	Unidades	Numero	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	1,0				Nivel satisfactorio	0	Nivel critico	>5,0	



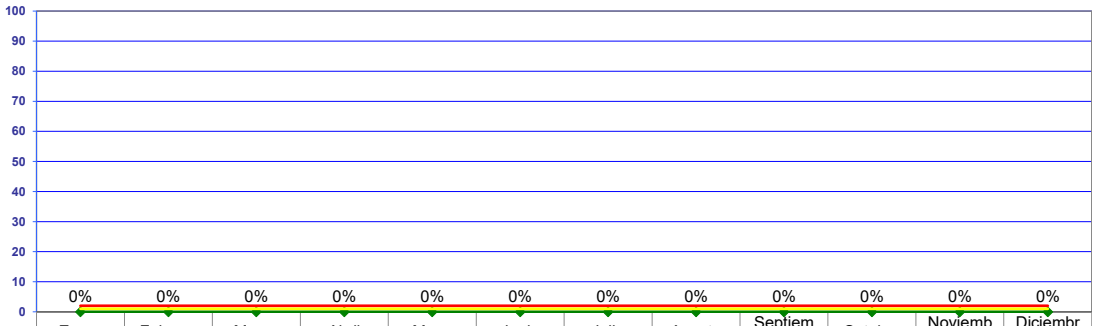
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE SEVERIDAD	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0	0,0	0,0	0	0	0	0
META	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
NIVEL CRÍTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0

MES	META	Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes	número de días cargados en el mes	Número de trabajadores en el mes	INDICE DE SEVERIDAD	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	1,0	0	0	**6**	0,0	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron accidentes laborales, por ende no hubo dias perdidos de trabajo Manteniendo el indicador en 0 , cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	1,0	0	0	**8**	0,0		
Marzo	1,0	0	0	**9**	0,0		
Abril	1,0	0	0	**9**	0,0	Durante el segundo trimestre se pesentaron un accidentes laboral, por ende no cambiando el indicador a 3,0	NO APLICA
Mayo	1,0	3	0	**15**	3,0		
Junio	1,0	0	0	**15**	0		
Julio	1,0	0	0	**20**	0,0		
Agosto	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
ANUAL		3	0	12	3		

#¡DIV/0!

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR							
	Nombre del Indicador	Proporción de accidentes de trabajo mortales			Responsable		Coordinador SST		
Formula del Indicador:	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100					Tipo de Indicador	Resultado		
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.								
Interpretacion	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales								
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de AT	Unidades	%	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	0				Nivel satisfactorio	1	Nivel critico	2	



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE PROPORCION	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL CRÍTICO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
NIVEL SATISFACTORIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

0

MES	META	Número de accidentes de trabajo Mortales	Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el MES	INDICE DE PROPORCION	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	0	0	0	0%	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron accidentes laborales Mortales o que hayan generado perdida en el individuo, cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	0	0	0	0%		
Marzo	0	0	0	0%		
Abril	0	0	0	0%	Durante el segundo trimestre del año no se pesentaron accidentes laborales Mortales o que hayan generado perdida en el individuo, cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Mayo	0	0	0	0%		
Junio	0	0	0	0%		
Julio	0	0	0	0%		
Agosto	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	0	0		#¡DIV/0!		
Anual		0	0	#¡DIV/0!		

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR							
	Nombre del Indicador	Prevalencia de la enfermedad laboral			Responsable		Coordinador SST		
Formula del Indicador:	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000					Tipo de Indicador	Proceso		
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.								
Interpretacion	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z								
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de EL	Unidades	Numero	Tendencia esperada	Mantener
Meta	0				Nivel satisfactorio	2	Nivel critico	3	

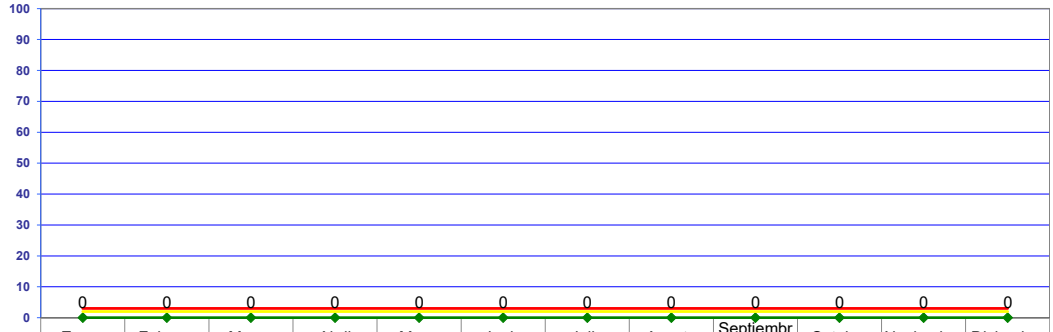


	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE PREVALENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL CRÍTICO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
NIVEL SATISFACTORIO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

0

MES	META	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo	Número de trabajadores en el mes	INDICE DE PREVALENCIA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	0	0	**6**	0	De acuerdo con el monitoreo en el primer trimestre del año, no se cuenta con casos antiguos de enfermedad laboral.	NO APLICA
Febrero	0	0	**8**	0		
Marzo	0	0	**9**	0		
Abril	0	0	**9**	0	De acuerdo con el monitoreo en el segundo trimestre del año no se cuenta con casos antiguos de enfermedad laboral.	NO APLICA
Mayo	0	0	**15**	0		
Junio	0	0	**16**	0		
Julio	0	0	**20**	0		
Agosto	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	0	0		#¡DIV/0!		
Anual		0	12	#¡DIV/0!		

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR					
	Nombre del Indicador	Incidencia de la enfermedad laboral		Responsable		Coordinador SST	
Formula del Indicador:	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000			Tipo de Indicador		Resultado	
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.						
Interpretacion	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z						
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de EL	Unidades	Numero	Tendencia esperada	Mantener
Meta	0			Nivel satisfactorio	2	Nivel critico	3		



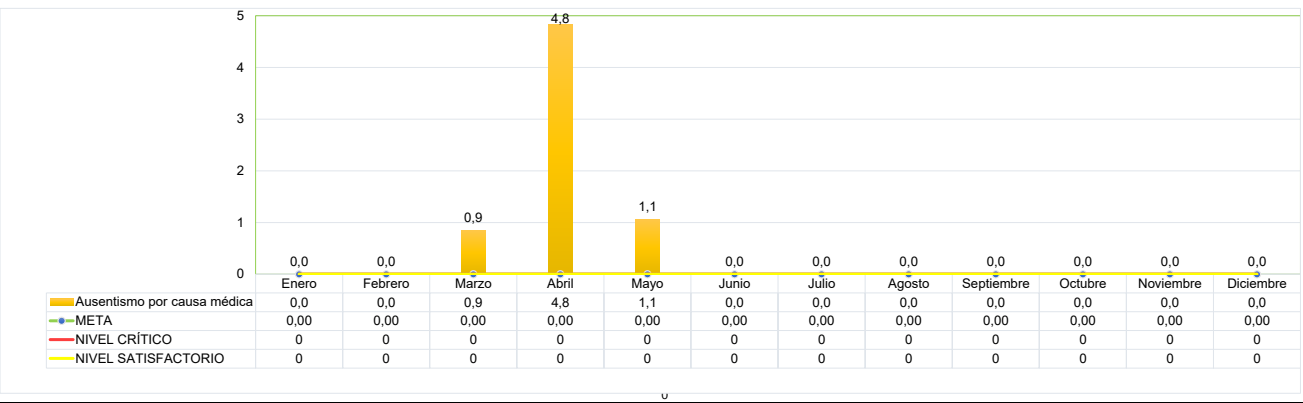
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Incidencia de la enfermedad laboral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL CRÍTICO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
NIVEL SATISFACTORIO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

0

MES	META	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo	Número de trabajadores en el mes	Incidencia de la enfermedad laboral	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	0	0	6	0	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron reportes por enfermedad laboral; cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	0	0	8	0		
Marzo	0	0	9	0		
Abril	0	0	9	0	Durante el segundo semestre del año no se pesentaron reportes por enfermedad laboral; cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Mayo	0	0	15	0		
Junio	0	0	16	0		
Julio	0	0	20	0		
Agosto	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	0	0		#¡DIV/0!		
Anual		0		#¡DIV/0!		

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR			
	Nombre del Indicador		Ausentismo por causa médica	Responsable	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100			Tipo de Indicador	Resultado
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.				
Interpretacion	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica				

Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Incapacidades	Unidades	%	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	<1				Nivel satisfactorio	<0,7	Nivel critico	>1,5	



MES	META	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes	Numero de trabajadores en el mes	Número de días de trabajo del mes	Numero de dias programados en el mes	Ausentismo por causa médica	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	<1	0	**6**	25	150	0,0	Durante el primer trimestre del año en el mes de marzo se reporto un ausentismo por incapcidad medica comun de 2 dias.	NO APLICA
Febrero	<1	0	**8**	24	192	0,0		
Marzo	<1	2	**9**	26	234	0,9		
Abril	<1	10	**9**	23	207	4,8	Durante el segundo semestre del año se reporto un ausentismo por incapcidad medica por enfermedad comun.	NO APLICA
Mayo	<1	4	**15**	25	375	1,1		
Junio	<1	0	**16**	24	384	0,0		
Julio	<1	0	**20**	24	480	0,0		
Agosto	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Septiembre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Octubre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Noviembre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Diciembre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Anual		16	83	171	14193	0,11		

#¡DIV/0!

ANEXO SST-10. INSPECCIONES INTERVENTORÍA

MASTER	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CÓDIGO	SST-FR-01
		VERSIÓN	1
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISIÓN	31/05/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco — VERIFICADO POR:
CARGO: Inspectora SST — CIUDAD: Bogotá DC
FRENTE DE OBRA/ÁREA(S): Jose Joaquin Castro — FECHA DE INSPECCIÓN: 03 Julio.
TELEFONO:

RELACIÓN A CHEQUEAR	CRITERIO DE CALIFICACIÓN			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Los escalones y plataformas están limpios en buen estado y libres de obstáculos			N/A	
Las paredes están limpias y en buen estado	SI			
Las ventanas y lámparas están limpias en especial la entrada de luz natural	SI			
Los extintores de seguridad están visibles y correctamente distribuidos	SI			
Los extintores están en su lugar de ubicación y visibles	SI			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos están limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	SI			
Las vías de circulación de personas y vehículos están diferenciadas y señalizadas	SI			
Los pasillos y zonas de tránsito están libres de obstáculos	SI			
Las canaletas están ubicadas en los lugares especiales para ello	SI			
ALMACENAJE				
Las áreas de almacenamiento y disposición de materiales están señalizadas	SI			
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizados	SI			
Los materiales están apilados sin invadir las zonas de paso	SI			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	SI			
MAQUINARIAS Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	SI			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	SI			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	SI			
HERRAMIENTAS				
Están almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	SI			
Se guardan limpias de aceite y grasa	SI			
Las eléctricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	SI			
Están en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	SI			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	SI			
Se guardan en los lugares específicos de uso personalizado (Armario o locker)	SI			
Se encuentran limpios y en buen estado	SI			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados	SI			
RESIDUOS				
Los contenedores están colocados próximos y accesibles a los lugares de trabajo	SI			
Están claramente identificados los contenedores de residuos especiales	SI			
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			N/A	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			N/A	
Se evita el rebose de los contenedores	SI			
La zona circundante de los contenedores esta limpia	SI			
Existen los medios de limpieza a disposición del personal del area	SI			
COMENTARIOS				

Ninguna

Powered by CamScanner

MASTER

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG SST

VERIFICADO POR

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel V
CARGO: Inspectora SST
FIRMA DE QUIEN LA REALIZA: TOMAS CUEVAS VARGAS.
TELEFONO:
CIUDAD: Bogotá D.C.
FECHA DE INSPECCIÓN: 5 Jul.

SITUACIÓN A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
PISOS				
Las escaleras y pasamanos estan limpios en buen estado y libres de obstrucción	SI			
Los pasillos estan limpios y en buen estado			N/A	
Las ventanas y fregaderos estan limpios sin impedir la entrada de luz natural			N/A	
Los señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	SI			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	SI			
MUROS Y PASILLOS				
Los muros estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	S,			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	SI			
Los pasillos y salidas de transito estan libres de obstaculos	SI			
Las cornetas estan apropiadas en los lugares especiales para ello	SI			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas		NO		Señalizar
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas			N/A	
Los materiales estan apilados en forma de las zonas de paso	SI			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	SI			
MAQUINARIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	SI			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	SI			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	SI			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	SI			
Se guardan limpias de aceite y grasa	SI			
Las electricas tienen el cableado y los conexiones en buen estado	SI			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	SI			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	SI			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	SI			
Se encuentran limpios y en buen estado	SI			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados	SI			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo	SI			
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales		NO		Identificar
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			N/A	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			N/A	
Se evita el rebose de los contenedores			N/A	
La zona alrededor de los contenedores esta limpia			N/A	
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area			N/A	

COMENTARIOS

Señalizar Areas de trabajo y almacenamiento.

Powered by CamScanner

MASTER

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO (1446)

CÓDIGO	SST-FR-0-0-0
VERSIÓN	1
FECHA DE EMISIÓN	31/05/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco
CARGO: Ingeniera SST
FRENTE DE OBRA (AM): Alemania Chiquinquira
TELEFONO:

VERIFICADO POR:
CIUDAD: Bogotá
FECHA DE INSPECCIÓN: 3 de Julio

UBICACIÓN A INSPECCIONAR	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Los escritorios y puestos de trabajo están limpios, en buen estado y libres de obstrucción	SI			
Los pisos están limpios y en buen estado	SI			
Las ventanas y lámparas están limpias sin impedir la entrada de luz natural	SI			
Las señales de seguridad están visibles y correctamente distribuidas	SI			
Los extintores están en su lugar de ubicación y visibles	SI			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos están limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	SI			
Las vías de circulación de personas y vehículos están diferenciadas y señalizadas	SI			
Los pasillos y zonas de tránsito están libres de obstáculos	SI			
Las cuerdas están ubicadas en los lugares especiales para ello	SI			
ALMACENAJE				
Las áreas de almacenamiento y disposición de materiales están señalizadas	SI			
Los lugares y cantidades almacenadas se encuentran correctamente señalizadas	SI			
Los materiales están apilados sin invadir las zonas de paso	SI			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	SI			
MAQUINARIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	SI			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	SI			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	SI			
HERRAMIENTAS				
Están almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	SI			
Se guardan limpias de aceite y grasa	SI			
Las eléctricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	SI			
Están en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	SI			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	SI			
Se guardan en los lugares específicos de uso personalizado (Armarios o locker)	SI			
Se encuentran limpios y en buen estado	SI			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados	SI			
RESIDUOS				
Los contenedores están colocados próximos y accesibles a los lugares de trabajo	SI			
Están claramente identificados los contenedores de residuos especiales	SI			
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados	SI			
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados	SI			
Se evita el rebose de los contenedores	SI			
La zona alrededor de los contenedores esta limpia	SI			
Existen los medios de limpieza a disposición del personal del área	SI			

COMENTARIOS

Ninguno

Powered by CamScanner

MASTER

FORMATO DE INSPECCION DE EPP

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco
CARGO: Inspectora SST
EMPRESA DE OBRA (ASEO): Todos
PUESTO:

VERIFICADO POR: Mabel Velasco
CIUDAD: Bogotá
FECHA DE INSPECCIÓN: 5 Julio 2023

INSTRUCCIONES

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO CORA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		MATERIAL DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Alejandro Espinosa	Si	B	NT	NT	Si	B	Si	B	NT	NT	NT	NE	NT	NE	1	Ninguna
2	Kevin Acosta	NE	M	NT	NT	NT	NT	Si	B	NT	NT	NT	NE	NT	NE	1	No tiene los EPP
3	Fredy Cueva	S	B	NT	NT	Si	B	Si	B	NT	NT	NT	NE	NT	NE	1	Ninguna
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS

Kevin Acosta - No cuenta con EPP ya que no se han entregado

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR: Mabel Velasco

Powered by CamScanner

MASTER

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO DE INSPECCION DE EPP'S

CODIGO	SST-FPSS-04
VERSIÓN	1
FECHA DE EMISION	12/01/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Alvaro Romero Ballesteros

CARGO: Inspector sst

PUESTO DE OBRA (AREA): colegios

TELEFONO: 3012510097

VERIFICADO POR: Alvaro Romero

CIUDAD: Bogota

FECHA DE INSPECCIÓN: 10-07-2023

INSTRUCCIONES:

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP, (NO) El trabajador NO usa el EPP

ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Requiere

METODOS DE CONTROL: (1) Inducción (2) Motivación (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otra

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBIQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		METODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Luis carlos Rojas	SI	B	N/A	N/A	N/A	N/A	Si	B	Si	B	N/A	N/A	N/A	N/A		
2	Wendy Daniela vargas	SI	B	N/A	N/A	N/A	N/A	Si	B	Si	B	N/A	N/A	N/A	N/A		
3	Alvaro Romero Ballesteros	SI	B	N/A	N/A	N/A	N/A	Si	B	Si	B	N/A	N/A	N/A	N/A		
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

MASTER	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST		
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA		

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Yeny Cardina Gaitán
CARGO: Técnico SST
FRENTE DE OBRA (AREA): Juan Rey
TELEFONO: 3165455164

VERIFICADO POR: Cardina Gaitán.
CIUDAD: Bogotá
FECHA DE INSPECCIÓN: 7/07/23

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Los ambientes y alrededores, estan limpios, en buen estado y libres de obstaculos	Si			
Las paredes estan limpias y en buen estado	Si			
Las ventanas y bagaticas estan limpios sin impedir la entrada de luz natural			N/A	
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distibuidas	Si			
Los extintores estan en su lugar de colocación y visibles	Si			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	Si			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	Si			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos	Si			
Las canaletas estan cubiertas en los lugares especiales para ello			NA	
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y deposicion de materiales estan señalizadas			N/A	
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas			N/A	
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	Si			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	Si			
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	Si			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasa	Si			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	Si			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar			N/A	
Se guardan limpias de aceite y grasa	Si			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	Si			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y calidad	Si			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	Si			
Se guardan en los sitios especificos de uso personalizado (Armario o locker)	Si		1	
Se encuentran limpios y en buen estado	Si			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados			N/A.	
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo			N/A	
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales			N/A	
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			N/A	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			N/A	
Se evita el rebose de los contenedores			N/A	
La zona alrededor de los contenedores esta limpia			N/A	
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area			N/A.	
COMENTARIOS				

Powered by CamScanner

MASTER

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nilson Fabián Cruz Caldería
CARGO: Técnico SST.
NOMBRE DE OBRA O AREA: Alfaguara Sede B.
SECTOR:
NOMBRE QUIEN ACOMPAÑA:
CIUDAD: Bogotá
FECHA DE INSPECCIÓN: 20/06/23

	AGENTE GENERADOR DEL RIESGO	SI	NO	N/A	RESPONSABLE CORRECCIÓN	PRIORIDAD CONTROL			FECHA PROGRAMADA	FECHA DE CIERRE
						INMEDIATA	PRONTA	POSTERGAR		
	GENERALES									
1	¿El área esta ubicado en un lugar alejado de focos contaminación e insalubridad?	✓								
2	¿Los pasillos se encuentran limpios, adecuados y señalizados?	✓								
3	¿Se controla el crecimiento de maleza alrededor del area de trabajo?		✓							
4	¿El area esta libre de basuras y aguas estancadas?	✓								
5	¿Se encuentra señalizada el area, en lo que se refiere a circulacion de personas, servicio, seguridad y salida de emergencia?	✓								
6	¿El area se encuentra libre de Mosquitos, Abejas, Avispas, Perros, Ratas?	✓								
7	¿Los pisos/paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, huecos o desniveles?	✓								
	INSTALACIONES									
8	¿La temperatura y ventilacion de las diferentes areas se controlan y no afectan la comodidad de las personas?	✓								
9	¿La iluminacion es adecuada en cada uno de los espacios del area donde se desarrolla la labor?	✓								
	INSTALACIONES SANITARIAS									
10	¿El area cuenta con servicios sanitarios bien ubicados, separados por sexo, ventilados y en perfecto funcionamiento?	✓								
11	¿El area cuenta con servicios sanitarios en cantidad suficiente?	✓								
12	¿Los servicios sanitarios estan dotados de papeleras, de elementos de higiene personal (jabon, toallas desechables, papel higienico) y se encuentra en buenas condiciones de limpieza?	✓								
13	¿Existe un lugar adecuado (comedor/area) para el consumo de alimentos de los trabajadores?	✓								
	CONDICIONES DE SANEAMIENTO									
14	¿El agua que se provee para el consumo es potable?	✓								
15	¿El punto de hidratacion esta bien ubicado y en perfecto funcionamiento?	✓								
16	¿El acopio del agua para el consumo, es adecuado: esta protegido, es de capacidad suficiente y se desinfecta periodicamente?	✓								
	LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS									
17	¿Existen procedimientos especificos de limpieza y desinfección?	✓								
18	¿Se ejecutan procedimientos especificos para el control de plagas en el area?	✓								
	MANEJO Y DISPOSICION DE RESIDUOS									
19	¿los residuos liquidos y vertimientos se controlan y no representan riesgo de contaminacion para la superficie en contacto con ellos?	✓								
20	¿cuenta el area con puntos de acopio de residuos solidos señalizado, clasificado, protegido y en buen estado?	✓								

OBSERVACIONES: Se cuentan condiciones de seguridad orden y aseo en obra y se identifican a satisfaccion

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO	SG-SST-26
		VERSIÓN	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISIÓN	13/06/2023

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nilson Fabián Cruz	VERIFICADO POR: Nilson Cruz C.
CARGO: Técnico SST interventoría Colegios	CIUDAD: Bogotá.
FRENTE DE OBRA (AREA): Nyévia Polis	FECHA DE INSPECCIÓN: 13/06/23
TELEFONO: 3126229493	

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Los sanitarios y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obstaculos	✓			
Las cocinas estan limpias y en buen estado	✓			
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	✓			
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	✓			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	✓			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos	✓			
Las camillas estan ubicadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y depositos de materiales estan señalizadas			✓	
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizados		✓		
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada			✓	
MAQUINARIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas			✓	
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y aisladas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados e identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)			✓	
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados próximos y accesibles a los lugares de trabajo	✓			
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales	✓			
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados		✓		
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados	✓			
Se evita el rebose de los contenedores	✓			
La zona alrededor de los contenedores esta limpia	✓			
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area	✓			
COMENTARIOS				

Se hace constantes observaciones en obra referentes a orden y aseo y uso adecuado de EPP

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST		
	FORMATO DE INSPECCIÓN DE EPP´S	CÓDIGO	SST-FP[illegible]
		VERSIÓN	1
		FECHA DE EMISIÓN	[illegible]/2017

[illegible]: Nilson Fabián Cruz Calderón
[illegible]: [illegible] SST
[illegible]: José Feliz Restrepo . [illegible]
[illegible]: 313[illegible]

VERIFICADO POR: Nilson Cruz
CIUDAD: Bogotá D.C.
FECHA DE INSPECCIÓN: 30 06 2[illegible]

USO: [illegible]

INSPECCIONES
ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Requiere

MÉTODOS DE CONTROL: (1) Instrucción, (2) Motivación, (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otro

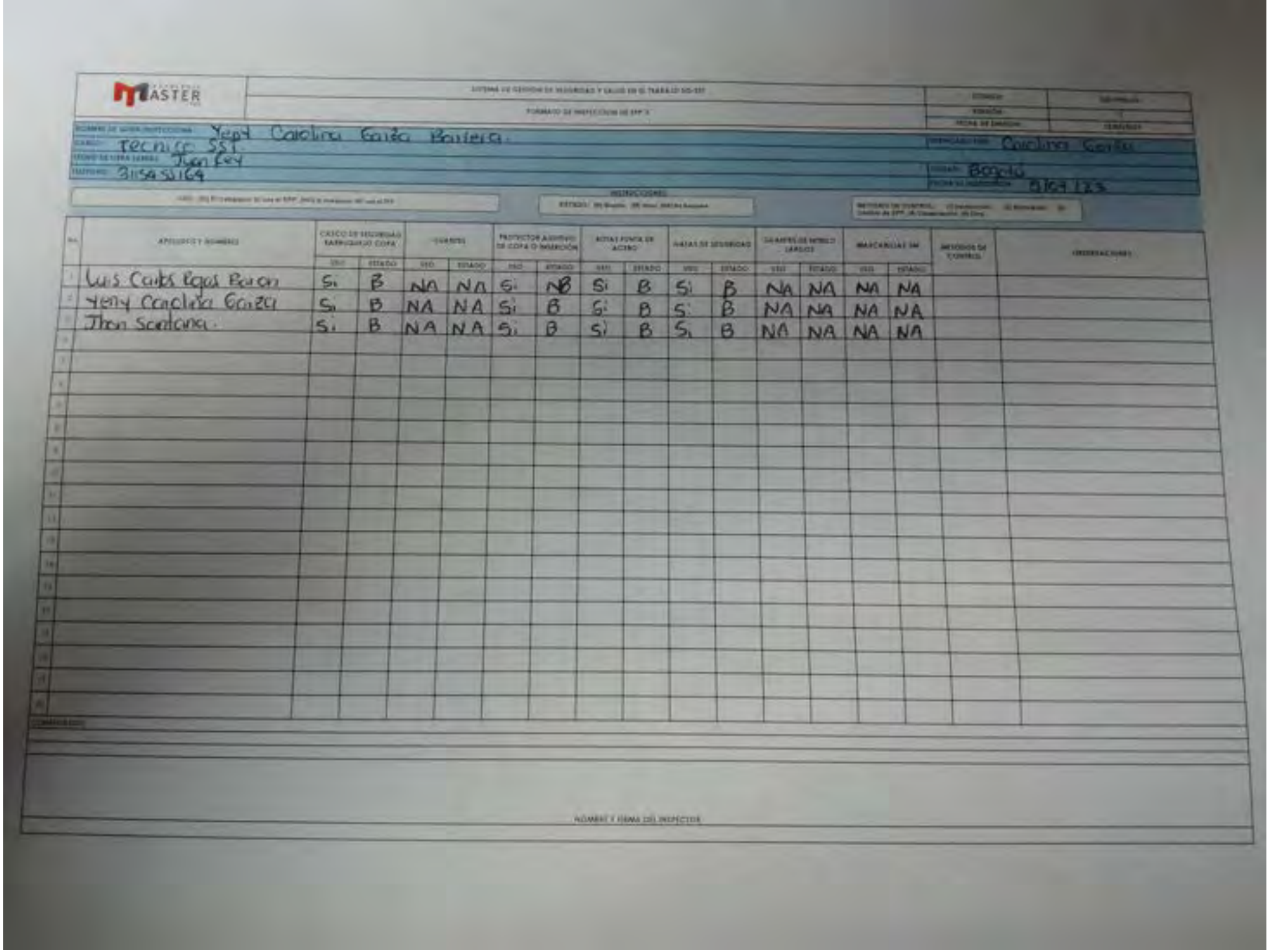
No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO COPA USO	CASCO ESTADO	GUANTES USO	GUANTES ESTADO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN USO	PROTECTOR ESTADO	BOTAS PUNTA DE ACERO USO	BOTAS ESTADO	GAFAS DE SEGURIDAD USO	GAFAS ESTADO	GUANTES DE NITRILO LARGOS USO	GUANTES NITRILO ESTADO	MASCARILLAS 3M USO	MASCARILLAS ESTADO	MÉTODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
1	Carlos Andres Pardo Jones		B	NA		NA			B	NA		NA		NA		Inspección visual	
2	Nitson Fabián Cruz Calderón		B	NA			B		B	NA		NA		NA		" "	
3	Juan Guillermo [illegible] Sierra		B	NA			B		B	NA		NA		NA		" "	
4	Kety Angela Bueno		B	NA			B		B	NA		NA		NA		" "	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Nilson Fabián Cruz Calderón

Powered by CamScanner



MASTER

Yeny Carolina Gaita Bautista.
Tecnico SST.
Juan Soy
3115455164
Carolina Gaita
Bogota
31/04/23

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GAFAS DE MEDIO LARGOS		MASCARILLAS SM		MEDIDAS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Luis Carlos Rojas Bravo	Si	B	NA	NA	Si	NB	Si	B	Si	B	NA	NA	NA	NA		
2	Yeny Carolina Gaita	Si	B	NA	NA	Si	B	Si	B	Si	B	NA	NA	NA	NA		
3	Jhon Scarlano.	Si	B	NA	NA	Si	B	Si	B	Si	B	NA	NA	NA	NA		
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Powered by CamScanner

ANEXO SST-11. PLAN ANUAL INTERVENTORÍA

	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDDA Y SALUD EN EL TRABAJO
	PLAN DE TRABAJO ANUAL 2023

FECHA DE ACTUALIZACION
11 DE ENERO DE 2023
NORMATIVIDAD
Decreto 1072 de 2015 Resolucion 0312 de 2019
NUMERO TOTAL DE ACTIVIDADES DEL AÑO 2022
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO 2023

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES MACRO	ALCANCE	RESPONSABLE EJECUCION	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	RECURSOS
POLITICA SST		COORDINADORA SST		
POLITICA DE PREVENCION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		COORDINADORA SST		
POLITICA DE PREVENCION DE ACOSO LABORAL		COORDINADORA SST		
POLITICA DE VIAJE		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST/ GERENTE	
OBJETIVOS		COORDINADORA SST		
INDICADORES		COORDINADORA SST		
RECURSOS		COORDINADORA SST		
CONTROL DOCUMENTOS Y REGISTROS		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
INDUCCION Y REINDUCCION		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
RESPONSABILIDADES SST Y RENDICION DE CUENTAS		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	LIDER DE SG-SST	
PROCEDIMIENTO DE RENDICION DE CUENTAS SST		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES		COORDINADORA SST/ ARL ABOGADO LABORAL	LIDER DE SG-SST	
IDENTIFICACION DE PELIGROS		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
COMITÉ DE COMITÉ DE CONVIVENCIA		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
COMITÉ PARITARIO DESEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO (COPASST)		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO		COORDINADORA SST/ APOYO ARL	LIDER DE SG-SST	
COMUNICACIÓN, PARTICPACION Y CONSULTA		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS		COORDINADORA SST/ COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL		COORDINADORA SST / ASESOR ARL	LIDER DE SG-SST	Profesional SST, Materiales de oficina, computador, formatos, cámara fotográfica.
PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE INSPECCIONES		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PLAN DE EMERGENCIAS		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA		COORDINADORA SST/ ASESOR ARL	LIDER DE SG-SST	
CONSERVACION VISUAL		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
CONSERVACION AUDITIVA		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE RIESGO PUBLICO		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PREVENCION DESRODENES MUSCULO ESQUELETICOS"		COORDINADORA SST / FISIOTERAPEUTA (ASESOR ARL)	LIDER DE SG-SST	
PVE- PSICOSOCIAL		COORDINADORA SST /ASESOR PSICOLOGO ESP. EN SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		MANTENIMIENTO	LIDER DE SG-SST	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
GESTION DEL CAMBIO		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
ADQUISICION Y CONTRATACIONES		COORDINADORA SST	GERENTE	
AUDITORIA		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
REVISION POR LA ALTA DIRECCION		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
EVALUACIÓN DE ESTANDARES MINIMOS		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
ACCION CORRECTIVA Y ACCION PREVENTIVA		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	

RESPONSBALES

CLAUDIA SUAREZ ANGARITA REPRESENTANTE LEGAL	DARLING ALGARIN ROJAS LIDER SGSST

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PORTADA

PLAN DE TRABAJO DE INGENIERIA MASTER Y CONSORCIOS

OBJETIVO

Establecer actividades para la implementacion del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo

ALCANCE

Este plan de trabajo aplica para todo el personal de INGENIERIA MASTER S.A.S y CONSORCIOS que lo integren, sin importar su tipo de vinculacion

RESPONSABLES

*Gerencia
*Gestion Humana
*Coordinador SGSST
*Trabajadores

RECURSOS

*Humanos
*Financieros
*Tecnologicos

ELEMENTOS DEL SG-SST	ACTIVIDADES MACRO	PROGRAMAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2023																								TOTAL AÑO	
					ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC			
					P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P	
POLITICAS	POLITICAS DE GESTION DE LA EMPRESA		Realizar revisión de la política, incluyendo alineación con el control de documentos establecido por la empresa	Coordinador SGSST																									0	0
			Comunicar al COPASST	Coordinador SGSST																									0	0
			Publicacion en sitio	Coordinador SGSST																									0	0
PLANIFICACION	OBJETIVOS	MATRIZ DE OBJETIVOS METAS E INDICADORES	Realizar actualización de la matriz de objetivos, metas e indicadores.	Coordinador SGSST																									0	0
			Realizar analisis de datos de indicadores y analisis de tendencias, estableciendo planes de accion	Coordinador SGSST					P						P						P						P		4	0
			Divulgar los indicadores a Recursos Humanos, Gerencia, Copasst y trabajadores. (Boletin informativo)	ASESOR ARL												P											P		2	0
	RECURSOS	MATRIZ DE PRESUPUESTO	Planificar las actividades y recursos para el presupuesto del año 2023	Coordinador SGSST			P																						1	0
			Divulgacion y presentacion del presupuesto a la alta direccion SG-SST	Coordinador SGSST			P																						1	0
			Realizar seguimiento al Presupuesto (Recursos financieros, humanos, tecnicos)	Coordinador SGSST											P												P		2	0
	INDUCCION Y REINDUCCION	REGISTROS DE INDUCCION Y REINDUCCION	Realizar Induccion y reinduccion a los trabajadores, Evaluacion de eficacia reinduccion personal directo y/o contratistas (Evaluar politicas y objetivos) Una vez el personal envie los registros por correo, se deberan imprimir los soportes y alimentar la base de datos del personal que realizo la reinduccion	ASESOR ARL	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		12	5
	RESPONSABILIDADES SST Y RENDICION DE CUENTAS	PROCEDIMIENTO DE RENDICION DE CUENTAS SST	Evaluar el desempeño de los trabajadores en SST.	Coordinador SGSST	P	E																					P		2	1
			Enviar y solcializar funciones y responsabilidades. Realizar Rendicion de cuentas de Trabajadores	ASESOR ARL												P													1	0
			Realizar Rendicion de cuentas de Copasst y CCL.	Coordinador SGSST												P													1	0
	IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES	Consultar las fuentes de informacion de los requisitos legales e inclusion de requisitos en la matriz si son aplicables (Una vez identificado, se debe evaluar si el requisito legal y/o de otra índole es aplicable. En caso que este aplique, se debe registrar en el formato establecido)	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
			Realizar análisis de tendencia del indicador de cumplimiento de requisitos legales que permita evidenciar el comportamiento y el cumplimiento de los requisitos legales establecidos	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
			Comunicar nuevos requisitos legales (Boletin Informtivo)										P																1	0
			Presentar ante la alta dirección el resultado de las actividades de cumplimiento descritas en la Matriz De Requisitos Legales y la medición del indicador	ASESOR ARL																							P		1	0
	IDENTIFICACION DE PELIGROS	MATRIZ IPEVR	Aplicar encuesta a los trabajadores y realizar actualización de matriz de identificación de PEVR en la que se evidencia el alcance a todos los grupos empresariales de la empresa.	ASESOR ARL			P	E																					1	1
			Realizar seguimiento y ejecución de actividades planteadas en el plan de acción y priorización, Elaborar el plan de acción para el control de los riesgos, con el fin de mejorar los controles existentes si es necesario.	ASESOR ARL							P	E									P								2	1
			Comunicación Riesgos prioritarios identificados.(Boletin informativo)	ASESOR ARL					P	E																			1	1
COMITÉ DE SEGURIDAD		COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Realizar convocatoria y conformacion del comité de convivencia laboral								p																			
			Realizar revision de las actas del comte de convivencia laboral	Coordinador SGSST					P	E						P									P				3	1
			Realizar seguimiento a las actividades del comité de convivencia laboral	Coordinador SGSST					P	E						P									P				3	1
		COPASST	Realizar convocatoria y conformacion del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo								P	E																		
			Realizar revision de las actas del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	Coordinador SGSST					P							P									P				3	0
			Realizar seguimiento a las actividades del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	Coordinador SGSST					P							P									P				3	0
			EQUIPOS PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (ANDAMIOS Y ESCALERAS PORTALITES)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevención de patologias auditivas	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			0	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			HOJAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS DE ASEO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	1	0
			USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.(prevencion de riesgos laborales en oficinas)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IDENTIFICACION DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Coordinador SGSST	0	0	P	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			ORDEN Y ASEO (Riesgo locativo)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			AUTOCUIDADO E IMPORTANCIA DE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EPP	Coordinador SGSST	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			PREVENCION DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL	Coordinador SGSST	0	0			0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CURSO DE 50 HORAS VIRTUAL DEL SG-SST	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	1	0
			IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION, Y VALORACION DEL RIESGO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES Y EL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			INSPECCION PLANEADAS	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CCL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

	PROGRAMA DE CAPACITACION		LIDERAZGO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN RESOLUCION DE CONFLICTO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	1	0
			PREVENCION DE ACOSO LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Capacitación sobre ergonomía aplicada en oficinas.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en higiene postural	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion el liderazgo	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN FATIGA LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPCITACION EN MANEJO DEL CONFLICTO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			PREVENCION DEL ACOSO LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN LA PREVENCION DE ATRACOS, ROBOS, HURTOS, ELABORAR PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO (PONS) EN CASO DE ATRACO, ROBOS Y/O HURTOS.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			DIVULGACION DE PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO PUBLICO	Coordinador SGSST	P	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES) DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD DE LA FRACTURA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -MANEJO DE EXTINTORES AVANZADO (VENTILACION APLICADA A INCENDIO, SISTEMAS DE VENTILACION Y TACTICAS DE COMBATE DE INCENDIO)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA EN PARALELO, BUSQUEDA PRIMARIA Y LLAMADO Y ESCUCHA)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0		
			CAPACITACIÓN EN EVACUACIÓN ENFOCADA A RIESGO PSICOSOCIAL ¿QUÉ HACER EN CASO QUE UNA PERSONA NO QUIERA EVACUAR?		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0		
			TRANSPORTE DE LESIONADOS CON CAMILLAS MANUALES, CAMILLAS IMPROVISADAS, TECNICAS DE ARRASTRES DE PACIENTES.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACION PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevención de patologias auditivas		0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular		0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0		
			socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0		
	COMUNICACIÓN PARTICIPACION Y CONSULTA		Actualizar la matriz y socializar mecanismo de comunicación de participacion y consulta. Formato de Reporte de Actos y condiciones Inseguras (todos los trabajadores, jefes de areas y contratistas) Boletin Informativo	Coordinador SGSST			P	E																					1	1
			Realizar seguimiento semestral al reporte de actos y condiciones inseguras y hacer seguimiento a matriz de reportes de Actos y condiciones.	Coordinador SGSST										P												P			2	0
			Informar a los trabajadores y/o contratistas, Coppast sobre el desarrollo de todas las etapas del SG-SST Boletin Informativo.	Coordinador SGSST										P															1	0
	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		Entrega de EPP (Instrucciones de buen uso, y correcto mantenimiento del EPP, dejar registro en acta de entrega.	Coordinador SGSST									P																1	0
			Socializar instructivo para uso correcto de EPP																											
			Hacer seguimiento telefonico al personal, hasta recopilar los formatos de EPP enviados	ASESOR ARL					P					P						P					P			4	0
	PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS		Seguimiento al programa de trabajo seguro en alturas	Coordinador SGSST							P								P							P		3	0
	PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL		Planificacion de actividades del cronograma de Higiene Industrial	Coordinador SGSST																								0	0
			Seguimiento al cronograma de actividades del programa de higiene industrial.	Coordinador SGSST							P								P							P		3	0
	PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO		Planificacion de actividades del cronograma de Orden y aseo	Coordinador SGSST			P	E																P				2	1
			Seguimiento al cronograma de actividades del programa de Orden y aseo	Coordinador SGSST							P								P							P		3	0
	PROGRAMA DE INSPECCIONES		Ejecutar el programa de inspecciones con cobertura en los grupos empresariales que la conforman, con la participación del COPASST.	Coordinador SGSST	P	R	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	12	0
			Realizar seguimeinto al cierre de indicadores y ejecucion del programa	Coordinador SGSST											P												P	2	0
	PLAN DE EMERGENCIAS		Divulgar los procedimientos operativos normalizados (PON´S) (Boletin Informativo)	Coordinador SGSST									P															1	0
			Realizar reunion para definir el plan de ayuda mutua	Coordinador SGSST																								0	0
			Elaborar guion de simulacro con los escenarios a simular	Coordinador SGSST																			P					1	0
			Realizar simulacro (Barranquilla-Bogota)	Coordinador SGSST																			P					1	0
			Documentar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados de los simulacros	Coordinador SGSST																			P					1	0
			Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados.	Coordinador SGSST																			P					1	0
	PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA		Actualizacion y Planificacion del cronograma de actividades de medicina preventiva con base a el informe de condiciones de salud 2022	ASESOR ARL			P																						1	0
			Seguimiento al programa de medicina preventiva	ASESOR ARL							P								P							P		3	0
			Recopilacion y seguimiento de los compromisos medicos enviados	ASESOR ARL							P								P							P		3	0
	PROGRAMA DE RIESGO PUBLICO		Actualizacion del programa de riesgo publico.	Coordinador SGSST			P																					1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de riesgo publico	Coordinador SGSST							P								P							P		3	0
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE PREVENCION DESRODENES MUSCULO ESQUELETICOS		Planificacion de actividades del programa de prevencion de lesiones Osteomusculares	Coordinador SGSST	P	E																						1	1
			Aplicación de encuestas, para analisis 2023	Coordinador SGSST															P									1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de lesiones osteomusculares	Coordinador SGSST							P								P							P		3	0
	PVE-PSICOSOCIAL		Planificacion de actividades del programa de vigilancia epidemiologica psicosocial	Coordinador SGSST			P																					1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de vigilancia epidemiologica psicosocial.	Coordinador SGSST							P								P							P		3	0
	MANTENIMIENTO		Seguimiento al cumplimiento de las actividades del programa	Coordinador SGSST											P										P			2	0
	GESTION DEL CAMBIO		Identificacion de cambios y realizar gestion (evaluacion de riesgos, incluision en la matriz de peligros).	Coordinador SGSST																								0	0

APLICACIÓN

	GESTIO CAM	Efectuar las medidas de control y prevencion identificadas en la gestion del cambio (Acompañamieto del COPASST)	ASESOR ARL																									0	0
	ADQUISICION Y CONTRATACIONES	Verificar y monitorear el pago de Seguridad social de Contratistas	Coordinador SGSST											P												P		2	0
		Induccion a contratistas : Instruir a los contratistas sobre los presuntos accidentes de trabajo y enfermedades laborales ocurridos durante el periodo de vigencia del contrato	Coordinador SGSST																	P								1	0
		Informar a los contratistas los criterios a cumplir en SST (PROCEDIMIENTO)	Coordinador SGSST																	P								1	0
		Realizar monitoreos a los contratistas	Coordinador SGSST																	P				P				2	0
		Aplicar evaluacion de desempeño a proveedores y contratistas	Coordinador SGSST																					P				1	0
		Divulgar los resultados de la evaluacion de desempeño de proveedores y contratistas	Coordinador SGSST																					P				1	0
EVALUACION	AUDITORIA	Desarrollo de auditoria interna anual de SG-SST																								P		1	0
		Planificar auditorias internas con la participación de COPASST.	Coordinador SGSST			P																P						2	0
	REVISION POR LA ALTA DIRECCION	Realizar reunion Revision Gerencial	Coordinador SGSST																							P		1	0
		Comunicación Formal al Copasst, al representante del SG-SST de la Revision Gerencial quienes deberán definir e implementar las acciones	Coordinador SGSST					P																				1	0
	INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES	Alimentar base de datos de estadisticas de accidentalidad	Coordinador SGSST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2
		Realizar analisis de tendencias de las estadisticas	Coordinador SGSST													P										P		2	0
	EVALUACIÓN DE ESTANDARES MINIMOS	Realizar evaluación de estándares mínimos para el periodo del año 2021, bajo Resolución 0312.	ASESOR ARL																							P		1	0
ACCIONES DE MEJORA	ACCION CORRECTIVA Y ACCION PREVENTIVA	Documentar y Realizar seguimiento a las acciones correctivas como resultados de la auditoria interna realizada en el año 2022 (cierre de los planes de accion)	Coordinador SGSST	P	E									P										P				3	1
		Documentar AC/AP según lo detectado en la revisión por la Alta Dirección del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Coordinador SGSST					P																		P		2	0
		Seguimiento a la apicacion de Induccion y reinduccion. Una vez finalizado el periodo solicitar los soportes a Universidad coorporativ ade Arl Seguros Bolivar, almacenar registros y alimentar encuesta sociodemografica.	Coordinador SGSST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2
		Documentacion y envio de Informe a Gerencia proceso de induccion	Coordinador SGSST											p												p		2	0
		Desde la gerencia se emita un comunicado a todos los trabajadores acerca de la importancia de rendir cuentas frente a las responsbaildiades de SST asignadas.	Coordinador SGSST																									0	0
		Realizar seguimiento a la cobertura de la reindicion de cuentas y establecer medidas de tipo disciplinario para los colaboradores que no realicen la actividad.	Coordinador SGSST													P		P										2	0
		Socializacion del procedimiento de acciones correctivas y preventivas a todos los lideres de procesos.	Coordinador SGSST			P																						1	0
		Seguimiento trimestral al establecimiento de AC y AP de acuerdo a los resultados de la supervision del SG	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
		Informe a la gerencia acerca de los resultados de la evaluacion del SGSST periodica incluyendo la documentacion de AC y AP	Coordinador SGSST													P										P		2	0
	PLAN DE MEJORA	Realizar observacion de comportamiento para verificar aplicación de las normas em SST socializadas	Coordinador SGSST											P														1	0
		Incluir en el programa de Inspecciones la observacion del comportamiento	Coordinador SGSST																									0	0
		Definir estrategias para lograr la cobertura total de la aplicación de induccion y reinduccion del personal	Coordinador SGSST																									0	0
				8	7	15	7	23	4	22	3	22	1	24	0	16	0	15	0	15	0	15	0	16	0	31	0	212	21
				88%		47%		17%		14%		5%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		10%	
				88%						14%						0%						0%							
				ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC			

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
P	8	15	23	22	22	24	16	15	15	15	16	31	212
E	7	7	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	21

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-01
	PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

1. OBJETIVO:	Establecer los lineamientos requeridos por la organización, para garantizar la identificación y fortalecimientos de las competencias en términos de formación, requeridos por el personal durante la ejecución de todos sus procesos.
2. ALCANCE :	El programa de capacitación y de entrenamiento se debe aplicar en todas las áreas, trabajadores de la empresa independiente de su forma de contratación o vinculación.
3. RESPONSABLES:	Los responsables de la planificación, control y ejecución de las actividades establecidas a través del programa de capacitación son: • Gerente • Coordinador del SG-SST
4. MECANISMO DE CRONOGRAMA DE CAPACITACION:	Para la programacion de las capacitaciones se utilizara PROGRAMADAS (P): fecha para la cual se programa la capacitacion EJECUTADAS (E) : Fecha en la cual se elabora la capacitacion, para la programaacion se utilizara 1 y asi mismo si la capacitacion es ejecutada 1 si no lo es se colocara 0 con el fin de llevar el indicador
5. RESCURSOS	cuenta con recursos tecnologicos, financieros y humanos para la realizacion de las capacitaciones.
6. INDICADORES	• **% cumplimiento programa capacitación:** Número de capacitaciones ejecutadas/Número de capacitaciones programadas x 100% • **% cobertura:** Número de asistentes capacitación/Número de asistentes programados x 100% • % Eficacia: Número de trabajadores evaluados/ Número de evaluaciones ganadas x100%

10. MATRIZ DE CAPACITACION

CONTENIDO				2022																					
	NOMBRE	ALCANCE	RESPONSABLE	ENE.		FEB.		MAR.		ABR.		MAY.		JUN.		JUL.		AGO.		SEP.		OCT.		NOV.		DIC.	
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
TRABAJO EN ALTURAS	EQUIPOS PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (ANDAMIOS Y ESCALERAS PORTALITES)		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																	
	CAPACITACION EN AUTORESCATE Y RESCATE EN ALTURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																	
	IDENTIFICACION DE PELIGROS Y CONTROL DE RIESGOS EN ALTURAS, PREVENCION DE ACCIDENTES CON ENFASIS EN ALTURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL															P	E						
	MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN TRABAJO DESARROLLADO EN ALTURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																	
RIESGO BIOLOGICO	TRABAJO SEGURO DESDE CASA		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																	
	RIESGO BIOLOGICO: PREVENCION TRANSMISION Y PROPAGACION COVID - 19: MEDIDAS PREVENTIVAS (LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO FISICO, USO DE EPP)		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																	
	FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL, SIGNOS Y SINTOMAS E IMPORTANCIA DEL REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL							P															
	AUTOCUIDADO CON ENFASIS EN RIEGO BIOLOGICO (PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS)									P															
	MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS											P													
	CAPACITACIÓN CON ENFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P													
RIESGO QUIMICO	HOJAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS DE ASEO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA																					P	
SEGURIDAD	USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.(prevencion de riesgos laborales en oficinas)	PERSONAL ADMINISTRATIVO	ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA							P	E														
	IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.							P																	
	IDENTIFICACION DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL			P	E																		
	CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA									P	E														
	ORDEN Y ASEO (Riesgo locativo)		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ							P	E														
	AUTOCUIDADO E IMPORTANCIA DE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EPP	PERSONAL OPERATIVO	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA			P	E																		
	PREVENCION DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL			P	E					P													
HIGIENE INDUSTRIAL	IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVO BOGOTA										P													
LEGAL	CURSO DE 50 HORAS VIRTUAL DEL SG-SST	COPASST, CCL, BRIGADISTAS	PROFE VIRTUAL																			P			
COPASST	IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION, Y VALORACION DEL RIESGO	COPASST TODO LOS TRABJADORES LIDERES DE PROCESOS	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA									P													
	INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES Y EL	COPASST LIDERES DE PROCESOS	ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P	E										
	INSPECCION PLANEADAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL											P	E										
CCL	FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CCL	COMITÉ DE CONVIVENCIA								P	E														
	LIDERAZGO		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P	E												
	CAPACITACION EN RESOLUCION DE CONFLICTO		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA									P	E												
	TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL																					P	
	PREVENCION DE ACOSO LABORAL		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA			P																			
PVE OSTEOMUSCULAR	Capacitación sobre ergonomía aplicada en oficinas.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P	E												
	Capacitacion en higiene postural		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P													
	Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P													
RIESGO PSICOSOCIAL	Capacitacion el liderazgo		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA			P																			
	TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA	TODOS LOS TRABAJADORES	CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P													
	CAPACITACION EN FATIGA LABORAL		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA									P													
	CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P	E										
	CAPACITACION EN INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P											
	CAPCITACION EN MANEJO DEL CONFLICTO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA											P											
	CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL											P											
	PREVENCION DEL ACOSO LABORAL		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA									P													
RIESGO PUBLICO	CAPACITACION EN PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO	TODOS LOS TRBAJADORES	CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																	
	CAPACITACION EN LA PREVENCION DE ATRACOS, ROBOS, HURTOS, ELABORAR PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO (PONS) EN CASO DE ATRACO, ROBOS Y/O HURTOS.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL													P									
	DIVULGACION DE PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO PUBLICO		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA	P																					
SEGURIDAD VIAL	NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO.	TODOS LOS TRABAJADORES	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA									P													
EMERGENCIA	PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS	BRIGADISTAS	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA																			P	E		
	MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES) DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD DE LA FRACTURA		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL																			P	E		
	MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -MANEJO DE EXTINTORES AVANZADO (VENTILACION APLICADA A INCENDIO, SISTEMAS DE VENTILACION Y TACTICAS DE COMBATE DE INCENDIO) -BOTIQUINES USO E INSPECCION DE LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA																			P	E		
	BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA EN PARALELO, BUSQUEDA PRIMARIA Y LLAMADO Y ESCUCHA)		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																			P	E		
	CAPACITACIÓN EN EVACUACIÓN ENFOCADA A RIESGO PSICOSOCIAL ¿QUÉ HACER EN CASO QUE UNA PERSONA NO QUIERA EVACUAR?		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																			P	E		
	TRANSPORTE DE LESIONADOS CON CAMILLAS MANUALES, CAMILLAS IMPROVISADAS, TECNICAS DE ARRASTRES DE PACIENTES		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																						
	CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACIÓN PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO) SISTEMAS DE PROTECCION ACTIVOS Y PASIVOS CONTRA INCENDIO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																						
MEDICINA PREVENTIVA	Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P											
	Capacitacion en prevención de patologias auditivas									P															
	Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular											P													
	Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular															P	E	P							
	Capacitacion en prevención de enfermedades comunes y/o virales		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																	P					
	socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																	P					

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	OBSERVACION	FECHA DE SEGUIMIENTO

	2022											
	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Capacitaciones Programadas (P)	1	5	7	7	15	7	2	2	2	6	2	0
Capacitaciones Ejecutadas (E)	0	3	0	4	3	3	1	1	0	5	0	0
% DE CUMPLIMIENTO	100%	100%	0%	57%	20%	43%	50%	50%	0%	83%	0%	####
	67%			40%			33%			#¡DIV/0!		
REPROGRAMADAS										0	0	0
										6	2	0

INGENIERIA MASTER S.A.S	SISTEM
	CRONOGRAM

Establecer las actividades a desarrollar por el Comité de convivencia laboral durar

Este cronograma aplica a todos los integrantes del comité de convivencia laboral

* COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

DES

ACTIVIDADES
Reuniones del CCL
Realizar revision de las actas del comte de convivencia laboral
Programacion y seguimiento a realizacion de curso de 50 Horas virtual de SGSST
Capacitacion en Liderazago
Capacitacion en Trabajo en Equipo y comunicion asertiva
Capacitacion en resolución y mediacion de de Conflicto
Capacitacion en prevencion de acoso laboral
Verificar el Cumplimiento del cronograma a traves de los indicadores
Establecer planes de accion frente a las no conformidades encontradas

META	FORMULA	NOMBRE DEL INDICADOR	FRE
90%	No. De actividades planificadas/No. De	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	MI

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO

PLAN DE ACCION

A DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	C
MA DE ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	VE
	FECHA

OBJETIVO
nte el año 2022
ALCANCE
RESPONSABLES
SCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

	CRONOGRAMA 2022													
	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
	P						P						P	
					P								P	
							P	E						
					P	E								
									P	E				
											P			

INDICADOR		
CUENCIA	FUENTE	RESPONSA
ENSUAL	CRONOGRAMA DEL COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	Coordinad Comité de Con

	1	0	0	0	2	1	2	1	1	1	1	0	2	0
	######		#####		200%		200%		100%		####		#####	
	2022													

PLAN DE ACCION			
	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	F

ODIGO:	SST-D-18
ERSION:	1
DE EMISION:	15/01/2019

AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
				P					
						P			
P									
						P			
								P	
								P	

ABLE
of SST
aviyencia

1	0	0	0	1	0	2	0	2	0
####		####		####		####		####	

ECHA DE VERIFICACION

INGENIERIA MASTER S.A.S	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE ERGONOMIA Y VIDA COTIDIANA	CODIGO:																											
		VERSION:																											
		FECHA DE EMISIÓN:																											

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Implementar uel programa de ergonomia y vida cotidiana para para identificar los procesos prioritarios desencadenantes de lesiones osteomusculares, estableciendo soluciones particulares a cada situación (proceso – individuo) con el fin de reducir, controlar y evitar las lesiones, mejor aumentar la eficiencia y la productividad.

ALCANCE

Está dirigido a todos los colaboradores con riesgo de exposición a riesgo biomecanico de la empresa

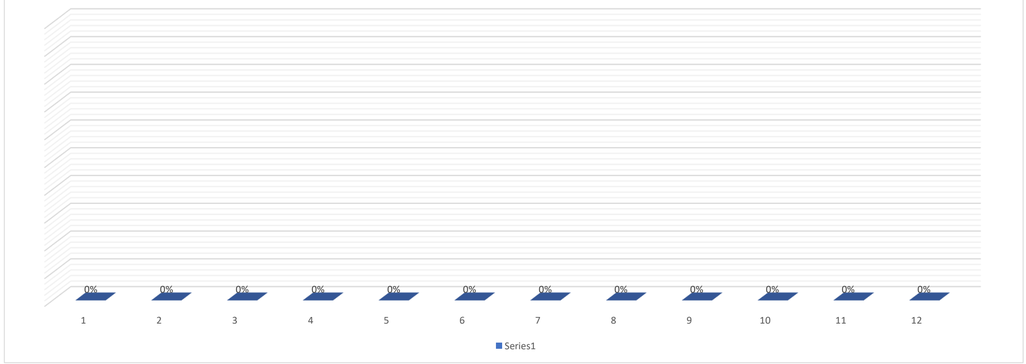
CRITERIOS DE SELECCION	
P	Programado
E	Ejecutado

CRONOGRAMA

	ACTIVIDADES	ALCANCE	RESPONSABLES	2022 ENE P	ENE E	FEB P	FEB E	MAR P	MAR E	ABR P	ABR E	MAY P	MAY E	JUN P	JUN E	JUL P	JUL E	AGO P	AGO E	SEP P	SEP E	OCT P	OCT E	NOV P	NOV E	DIC P	DIC E	CUMPLIMIE P
2020	Inspecciones de puestos de trabajo	Realización de inspecciones de puesto de trabajo de personal sintomatico y personal que refiera condiciones ergonómicas desfavorables en encuesta de morbilidad 2021.	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL	P																								1
		Socialización de recomendaciones asociadas a las inspecciones realizadas para evaluar intervenciones y establecer compromisos.		P		P		P																				3
	Intervención programa de ergonomía y vida cotidiana	Seguimiento a intervenciones a puestos de trabajo						P														P						2
		Capacitación ergonomía en puestos de trabajo								P																		1
		Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral								P																		1
		Capacitación en prevención de desordenes musculo esqueléticos (MMSS Y Columna)								P																		1
P	Revisión de implementación 2021 y realización de diagnóstico del programa	Aplicación de encuestas de sintomatología tabular encuestas de sintomatologia y generar informe	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																			P		P				2
		Cronograma de actividades																								P		1
		Realización de inspecciones de puesto de trabajo de personal sintomatico y personal que refiera condiciones ergonómicas desfavorables en encuesta de morbilidad 2022	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		Socialización de recomendaciones asociadas a las inspecciones realizadas para evaluar intervenciones y establecer compromisos.	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
H	Intervención programa de ergonomía y vida cotidiana	Seguimiento a intervenciones a puestos de trabajo	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		Seguimiento a casos Sintomaticos, Caso sospechosos, casos confirmados.	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		CAPACITACION	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		CAPACITACION	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		CAPACITACION	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
	Seguimiento al cumplimiento del programa	Cumplimiento de actividades	MEDICO OCUPACIONAL					P						P						P								3
	Análisis de indicadores del programa	Registro y Analisis de indicadores	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																							P		1
	Definición de planes de acción de acuerdo al resultado de los análisis de indicadores	Informe de Gestión	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																							P		1
																												8
																												0%

* Item: Atencion a autoReportes de condiciones de salud de caso eventual - post incapacidad: Se aplica cuando se presente el Autoreporte.

CUMPLIMIENTO MENSUAL DEL CORNOGRAMA	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
	2	0	1	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	3	0
	0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	



ANALISIS DE TENDENCIA

ANALISIS DE TENDENCIA	PERIODO	RESPONSABLE	FECHA

ar la salud,
NTO TOTAL
E
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
%

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-D-24
INGENIERIA MASTER S.A.S	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO PUBLICO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	

OBJETIVO
Promover e implementar un programa de prevención del riesgo público con el fin de generar una cultura del cuidado en la prevención de accidentes de trabajo generados por la exposición a riesgos públicos.
Formar a los trabajadores en la prevención de los riesgos publicos.
Desarrollar estrategias dirigidas a la actitud y comportamiento de los trabajadores expuestos a riesgo público, con el fin de que las apliquen en su entorno social.
ALCANCE
Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa INGENIERIA MASTER S.A.S. y los distintos CONSORCIOS que este integra, en todos las ciudades.

METAS	INDICADORES
3.1.Capacitar al 70%,del personal expuesto a riesgo publico. 3.2.Disminuir en un 50% los accidentes de trabajo relacionados con factores de riesgo publico. 3.3.Cumplir en un 85% las actividades planificadas en el programa de prevención del riesgo publico.	**EFICACIA DEL PROGRAMA**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2022																2022							
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		ENE		FEB		MAR		ABR	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
DIVULGACION DE NORMAS DE SEGURIDAD PARA ATENCION DEL RIESGO PUBLICO (establecidas por la empresa)	Coordinador SGSST															P	E														
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y MANEJO DE SITUACIONES CRITICAS FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGOS PUBLICOS	Coordinador SGSST									P	E																				
Revision del programa y Actualizacion de acuerdo con el ananlisis realizado	Coordinador SGSST																					P	E								
Revisión de estadisticas de accidentalidad enfocadas a riesgo publico.	Coordinador SGSST																					P	E								
Actualización en la identificación de los peligros, riesgos y población objeto del estudio expuestos).	Coordinador SGSST																							P	E						
Capacitación en prevención de accidentes de tránsito.	Coordinador SGSST																									P					
Capacitación en la prevención de atracos, robos, hurtos, elaborar procedimiento operativo normalizado (pons), en caso de atraco, robos y/o hurtos.	Coordinador SGSST																									P					E
Elaborar procedimiento operativo normalizado (pons), en caso de agresiones fisicas y/o verbales.	Coordinador SGSST																											P			E
Divulgación del programa de prevención del riesgo publico.	Coordinador SGSST																							P							E
Elaborar procedimiento operativo normalizado (pons), en caso de desordenes civiles y/o protestas.	Coordinador SGSST																											P			E

CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA																
DESCRIPCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Actividades programadas por mes	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	1	2	2	0
Actividades ejecutadas por mes	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	4
% de cumplimiento por mes	####	####	####	####	100%	####	####	100%	####	####	100%	100%	0%	0%	0%	#####
PROEDIO TRIMESTRAL DE CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			0%			
META	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%				

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

ANALISIS	RESPONSABLE	ESTADO

INGENIERIA MASTER S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	PLAN DE TRABAJO - INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

OBJETIVO

Intervenir en los factores de riesgo organizacionales - Factores de riesgo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Desarrollar intervencion en los trabajadores
2. Desarrollar intervencion en el diseño organizacional
3. Generar le medidas preventivas y correctivas de los factores de riesgo psicosociales de origen laboral

No.	Tareas de las actividades	Objetivo	CRONOGRAMA 2021																													
			ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		ENE					
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P			
1	APLICACIÓN DE ENCUESTA TABULACION DE LA INFORMACION	Aplicar la Herramienta que de acuerdo con la normatividad legal vigente se ha establecido para la medicion del riesgo Psicoscial			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E														
2	ELABORACION DE INFORME SOCIALIZACION DE LOS RESULTADOS	Evidenciar por medio de un informe los resultados obtenidos a nivel general y con base a ello establecer un plan de trabajo																	P	E												
3	ELABORACION Y SOCIALIZACION PLAN DE TRABAJO																						P	E								
4	PROGRAMA DE SALUD MENTAL																															
5	PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE																															P
6	PROGRAMA DE FATIGA E HIGIENE DEL SUEÑO																															P
7	DISEÑAR ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR EN OBRA zonas de refrigeración, hidratación, descanso																															
8	DESARROLLAR METODOLOGIA PARA MOTIVACION DE EQUIPOS CON ALTO RENDIMIENTO																															
9	DESARROLLAR METODOLOGIA SALARIO EMOCIONAL																															
10	ESTABLECER PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS																															
11	CAPACITACION EN LIDERAZGO																															P
12	CAPACITACION EN COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA																															
13	CAPACITACION EN ACOSO LABORAL																															
14	CAPACITACION EN FATIGA LABORAL																															
15	CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO																															
16	CAPACITACION INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO																															
17	CAPACITACION MANEJO DE CONFLICTO																															
18	CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR																															

PLAN DE ACCION

ANALISIS	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	FE

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3					
			100%				100%				100%		100%		100%		100%		0%		100%		0%		####							
	100%				100%				100%				100%				33%						#¡D									
	I TRIMESTRE				II TRIMESTRE				III TRIMESTRE				IV TRIMESTRE				IV TRI															

CODIGO:	SST-D-23
VERSION:	1
FECHA DE EMISION:	17/07/2019

ONOGRAMA 2022

MAR		ABR		MAY		JUN	
P	E	P	E	P	E	P	E
P							
P							
P							
		P					
		P					
				P			
				P			
				P			
						P	E
						P	
						P	
						P	

DE VERIFICACION

3	0	2	0	3	0	4	1
0%		0%		0%		25%	
!		8%					
RE		IV TRIMESTRE					

INGENIERIA MASTER S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-05
	PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	25/05/2019

OBJETIVO

Optimizar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, y por ende favorecer una mejor calidad de vida de todos los trabajadores de INGENIERIA MASTER S.A.S. y los distintos CONSORCIOS que este inegra.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa INGENIERIA MASTER S.A.S. y los distintos CONSORCIOS que este inegra, en todos las ciudades incluyendo contratistas y personal en mision

RESPONSABLE

Coordinador SGSST

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	INDICADOR DE PROCESO	Numero de actividades programadas / Numero de actividades ejecutadas x100	TRIMESTRAL	Programa de Higiene Industrial	Coordinador SGSST
100%	COBERTURA DEL PROGRAMA	INDICADOR DE PROCESO	Numero de areas intervenidas por el Programa/ Numero de areas requeridas para el monitoreo	TRIMESTRAL	Registro	Coordinador SGSST

ACTIVIDADES	ALCANCE	CRONOGRAMA 2022																							
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Evaluacion Higienica de iluminaccion (ADMINISTRATIVAS BOGOTA)	BOGOTA/ BARRANQUILLA	P																							
Evaluacion Higienica de iluminaccion (ADMINISTRATIVAS BARRANQUILLA)		P																							
programar una campaña de mantenimiento periódico y preventivo a las luminarias						P																			
Ejecucion y seguimiento a planes de accion generado de los estudios higienicos	OFICINA BOGOTA/ BARRANQUILLA					P				P															
Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados en conjunto con el COPASST	TODOS LOS PROYECTOS					P																			
Capacitacion IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVO							P																	

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL	2	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0%		#####		0%		0,0		0,0		####		#####		####		####		####		####		#####	
	#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!					
	I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE					

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-D-12
INGENIERIA MASTER SAS	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

OBJETIVO

Implementar acciones dirigidas a prevenir la aparición de enfermedad laboral y accidentes de trabajo, así como la gestión de los factores de riesgo laborales, para mejorar las condiciones generales de salud y calidad de vida de los trabajadores

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa INGENIERIA MASTER S.A.S. y los distintos CONSORCIOS que integre.

RESPONSABILIDAD

Coordinador de SST

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PROCESO	Numero de actividades programadas / Numero de actividades ejecutadas x100	TRIMESTRAL	cronograma de actividades de medicina preventiva	Coordinador SST

		ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2022																							
				ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
H	MEDICINA PREVENTIVA	Realizar Examenes de Ingreso de acuerdo a profesiograma	Gestion Humana	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
		Realizar Examenes Periodicos de acuerdo a profesiograma	Gestion Humana	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
		Realizar Examenes de Retiro	Gestion Humana	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Divulgacion de profesiograma a persona encargado del envio de las Evaluaciones medicas Ocupacionales para fortalecer su conocimiento	Coordinador SST			P	E																				
		Comunicación de resultados de EMO y Seguimiento recomendaciones medicas por ingreso y enfermedad comun	Coordinador SST			P	E			P	E			P	E			P	E			P	E			P	
		Realizar registro de remision a EPS	Coordinador SST			P	E			P	E			P	E			P	E			P	E			P	
		Realizar Encuesta Sociodemograficas	Coordinador SST	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E			P	E				
		Realizar registro de las incapacidades medicas	Gestion Humana Coordinador SST			P	E			P	E			P	E			P	E			P	E			P	
		Realizar Diagnostico de vigilancia Epidemiologico BIOMECANICO	Fisioterapeuta															P	E								
		Establecer plan de trabajo para PVE BIOMECANICO	Fisioterapeuta															P									
		Realizar diagnostico de vigilancia Epidemiologico PSICOSOCIAL	Psicologo															P	E								
		Establecer plan de trabajo para PVE PSICOSOCIAL	Psicologo																							P	
		Seguimiento a casos de enfermedad laboral	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Realizar Brigada de salud (Ralizar actividades de tamizaje cardiovascular (peso y talla, valoración optometrica)	Coordinador SST											P	E												
	CAPACITACION	Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales	Coordinador SST									P															
		Capacitacion en prevención de patologias auditivas	Coordinador SST							P																	
		Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular	Coordinador SST								P																
		estres y riesgo cardiovascular	Coordinador SST												P												
		Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales	Coordinador SST															P									
		socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores	Coordinador SST															P									
V		Verificar el cumplimiento de las recomendaciones medicas ocupacionales	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Verificar los indicadores de Ausentismo, Accidentalidad y enfermedad laboral	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Verificar el cumplimiento del cronograma de actividades	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Verificar con el Copasst las observaciones obtenidas de las actividades realizadas	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
A		Establecer planes de Accion	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA																								
	3	3	7	7	3	3	7	6	4	3	7	7	4	3	11	8	2	2	6	6	2	2	6	2
	1,0		1,0		1,0		0,9		0,8		1,0		0,8		0,7		1,0		1,0		1,0		0,3	
	100%						87%						83%						78%					
	I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE					

INGENIERIA MASTER S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDA Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-06
	PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	25/05/2019

OBJETIVO

Ofrecer una ambiente laboral seguro, ordenado, limpio y saludable en INGENIERIA MASTER S.A.S. y los distintos CONSORCIOS que este inegra, mediante una gestión de orden y aseo que permita mejorar las condiciones ambientales con el fin de optimizar los proceso y el espacio físico.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa INGENIERIA MASTER S.A.S. y los distintos CONSORCIOS que este inegra, en todos las ciudades.

RESPONSABILIDAD

Coordinador SGSST

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	Numero de actividades programadas / Numero de actividades ejecutadas x100	TRIMESTRAL	Programa de orden y aseo	Coordinador SGSST

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA 2022																							
	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Programar Capacitacion en Orden Y aseo							P	E																
Programar Inspecciones de orden y aseo	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	
Programar jornadas de orden aseo y limplieza											P										R	E		
Verificar el cumplimiento del programa por medio de los indicadores																							P	
Establecer planes de Accion																							P	

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL																							
	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	0
	0,0		0,0		0,0		1,0		1,0		0,5		1,0		1,0		1,0		1,0		2,0		0,0	
	0%						83%						100%						100%					
	I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE					

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA
Controlar y mitigar los riesgos inherentes a la actividad de alturas, verificando el estado de los equipos, capacitando y concientizando al personal acerca de los peligros y riesgos a los que están expuestos durante las actividades en la
ALCANCE
Aplica para todo el personal que dentro de sus actividades lleve inmerso el trabajo en alturas en INGENIERIA MASTER S.A.S Y LOS GRUPOS EMPRESARIALES.
RESPONSABLE
Coordinador SST

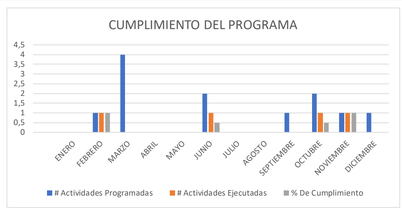
CRONOGRAMA 2022

ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Realizar seguimiento a la socializacion del programa de protección contra caidas a todos los consorcios (registros de la socializacion del personal de las obras)	Coordinador SSTA																			P	E				
CAPACITACION EN BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA) Programar Simulacros de rescate en alturas	Coordinador SSTA																			P					
Revision de fechas de vencimientos de cursos de *Reentrenamiento de Coordinador de Trabajo en Altura Enviar a formacion al personal con fecha proxima a vencer	Coordinador SSTA			P	E							P	E									P	E		
Inspeccion anual de Equipos de Trabajo Seguro en altura	Coordinador SSTA/ Proveedor de TSA					P																			
Limpieza de a los equipos de trabajo en alturas	Coordinador SSTA/SISO					P																			
Coordinar con la contratista el cumplimiento de la implementacion de medidas colectivas de prevencion de acuerdo a lo establecido en la resolucion 1409 de 2012- ART.16 ÍTEM A) "PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE OBJETOS, SE DEBEN DELIMITAR ÁREAS PARA PASO PEATONAL Y MALLAS ESCOMBRERAS".	Coordinador SSTA					P																			
Hacer seguimiento al diligenciamiento de los formatos requeridos para la tarea (Permiso de TSA, ATS, Inspección de EPCC, Hojas de vida de equipos, Lista de chequeo, inspección de andamio, inspección de escalera.)	Coordinador SSTA					P						P						P						P	
NIVEL DE CUMPLIMIENTO		0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	1	0
		0%		100%		0%		0%		0%		50%		0%		0%		0%		200%		100%		0%	

INDICADOR DEL PROGRAMA					
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR				
PROCESO	Cumplimiento de la programación	No de actividades programadas / No de actividades ejecutadas	x 100%	META: 90 %	Sueno: >80%	Aceptable: 70% a 89%

COORDINADOR SST

MES	# Actividades Programadas	# Actividades Ejecutadas	% De Cumplimiento	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE	
ENERO	0	0	#####								
FEBRERO	1	1	100%								
MARZO	4	0	0%								
ABRIL	0	0	#####								
MAYO	0	0	#####								
JUNIO	2	1	50%	5	1	2	1	1	0	4	2
JULIO	0	0	#####								
AGOSTO	0	0	#####								
SEPTIEMBRE	1	0	0%								
OCTUBRE	2	1	50%								
NOVIEMBRE	1	1	100%								
DICIEMBRE	1	0	0%	20%		50%		0%		50%	



ANALISIS	
TRIMESTRE I	
TRIMESTRE II	
TRIMESTRE IV	

ACCIONES PROPUESTAS	RESPONSABLE		FECHA DE SEGUIMIENTO

	SISTEMA DE GESTION DE SEGRUIDD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-02
INGENIERIA MASTER S.A.S	PROGRAMA DE INSPECCIONES PLANEADAS	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

OBJETIVO

Tomar medidas preventivas y/o correctivas que disminuyan la exposición a pérdidas y los posibles daños a personas, ambiente e infraestructura, y Hacer seguimiento a las medidas de prevención inplementadas.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades realizadas por parte de la empresa INGENIERIA MASTER S.A.S y los CONSORCIÓS que la conforman.

RESPONSABLES

Coordinador SST
Gerencia
Copasst

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PROCESO	Numero de inspecciones programadas / Numero de inspecciones ejecutadas x100	TRIMESTRAL	Cronograma de actividades del programa de inspecciones	Coordinador SSST
80%	EFICACIA DEL PROGRAMA	RESULTADO	Número de mejoras sugeridas en las inspecciones/ Número de mejoras inplementadas X100	TRIMESTRAL	Programa de inspecciones	Coordinador SSST

ACTIVIDADES		ALCANCE	CRONOGRAMA 2022																							
			ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
H	INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA	Oficinas (Bogota- Barranquilla) Proyectos activos	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCION DE EXTINTORES		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCIÓN DE BOTIQUINES		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCIÓN DE EPP´S		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCIÓN LOCATIVA OFICINA		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCION VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD						P								P											
	INSPECCION PREOPERACIONAL DE VEHICULO	P. Gobernacion del Atlantico	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
V	Verificar con el Copasst las observaciones o mejoras de cada inspeccion	Copasst																								
A	Establecer planes de Accion																									

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA																										
	6	0	6	0	7	0	6	0	6	0	6	0	7	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0		
	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0			
	0%						0%						0%						0%							
	I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE							

UBICACION:	
RESPONSABLE SEGUIMIENTO:	
PROCESO	**CARGOS**
OPERATIVO	**1.SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE** **2.GERENTE DE PROYECTOS REGIÓN CARIBE** **3.COORDINADOR DE PROYECTOS** **4.AUXILIAR SISOMA** **5.COORDINADOR SISO OBRA** **6.TRABAJADORA SOCIAL (CAMPO)**
	SERVICIOS VARIOS
	1. SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE **2. GERENTE DE PROYECTOS REGIÓN CARIBE** **3. COORDINADOR DE PROYECTOS** **4. AUXILIAR SISOMA** **5. COORDINADOR SISO**

	OBRA **6. TRABAJADORA SOCIAL (CAMPO)** **7. GERENTE DE PROYECTOS REGIÓN CENTRO** **8. COORDINADOR DE INTERVENTORÍA** **9. RESIDENTE DE INTERVENTORÍA** **10. ARQUITECTO RESIDENTE** **11. COORDINADOR DE CALIDAD Y PGIO** **12. COORDINADOR TECNICO Y PROGRAMACIÓN DE OBRA**
	SERVICIOS VARIOS
	1.COORDINADOR SGSST **2.CONTADORA** **3.AUXILIAR CONTABLE** **4.AUXILIAR TÉCNICA** **5.GERENTE DE RECURSOS HUMANOS**

ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS	1.SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE 2.COORDINADOR TIC
	SERVICIOS VARIOS
	1.COORDINADOR SGSST. 2.CONTADORA Y AUXILIAR CONTABLE 3.AUXILIAR TÉCNICA
	1.COORDINADORA ADMINISTRATIVA 2. ANALISTA ADMINISTRATIVA 3. AUXILIAR ADMINISTRATIVA 2.SERVICIOS VARIOS 3.RESIDENTE DE INTERVENTORÍA 4.ARQUITECTO RESIDENTE
OPERATIVO	1.SUPERVISORA SST REGIÓN CARIBE 2.DIRECTO DE PROYECTOS 3.COORDINADOR DE PROYECTOS 4.AUXILIAR SISOMA
	SERVICIOS VARIOS

ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO	TODO EL PERSONAL
ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO	1.COORDINADORA SGSST 2.GERENTE GENERAL 3.CONTADOR 4.AUXILIAR CONTABLE 5.GERENTE DE RECURSOS HUMANOS 6.COORDINADOR ADMINISTRATIVO 7. AUX
OPERATIVO	1.SUPERVISORA SST REGIÓN CARIBE 2.COORDINADOR DE PROYECTOS 3.AUXILIAR SISOMA 4.COORDINADOR SISO OBRA 5.TRABAJADORA SOCIAL (CAMPO) 6.COORDINADOR DE CALIDAD Y PGIO

ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO	TODO EL PERSONAL
	1.GERENTE GENERAL 2.GERENTE ADMINISTRATIVO REGIÓN CARIBE Y REGIÓN CENTRO 3.AUXILIAR CONTABLE 4.AUXILIAR TECNICA
ADMINISTRATIVO	1.GERENTE GENERAL 2.GERENTE ADMINISTRATIVO REGIÓN CARIBE Y REGIÓN CENTRO 3.COORDINADOR TIC
ADMINISTRATIVO/OPERATIVO	1.GERENTE GENERAL 2.GERENTE ADMINISTRATIVO REGIÓN CARIBE Y REGIÓN
OPERATIVO	1.SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE 2.COORDINADOR DE PROYECTOS 3.AUXILIAR SISOMA
ERATIVO	1.COORDINADOR TIC 2.COORDINADOR DE INTERVENTORÍA 3.RESIDENTE DE INTERVENTORÍA 4.COORDINADOR DE CALIDAD Y PGIO

OPI	5.COORDINADOR TECNICO Y PROGRAMACIÓN DE OBRA 6.DIRECTOR DE

MES
CUMPLIMIENTO

NUMERO DE TRABAJADORES:

PELIGRO	CLASIFICACION
1. PICADURA DE INSECTOS Y VECTORES 2. ACCIDENTES OFÍDICOS (MORDEDURA DE VÍBORAS).	**BIOLÓGICO**
VIRUS Y BACTERIAS	

EXPOSICION A AGENTES BIOLOGICOS COMO EL VIRUS SARS-CoV-2 (CONTACTO DIRECTO ENTRE PERSONAS, CONTACTO CON OBJETOS CONTAMINADOS)	**BIOLOGICO**
MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUIMICAS (DETERGENTE EN POLVO, LIMPUDO, DESINFECTANTE, MAGISTRL (ACIDO FOFORICO) ETC.	**QUIMICO**
POSTURA PROLONGADA SENTADO	

POSTURA MANTENIDA DE PIE	**BIOMECANICO**
POSTURA PROLONGADA DE PIE	
MOVIMIENTO REPETITIVO EN MIEMBROS SUPERIORES	
POSTURAS INCOMODAS (FLEXIÓN DE ESPALDA Y CUELLO, AGACHADO, INCLINACIÓN, CUCLILLAS, ETC.)	
MECANICO (PROYECCION DE PARTICULAS)	
MECÁNICO (MANIPULACIÓN DE UTENSILIOS DE COCINA COMO CUCHILLO)	
ELECTRICO (CONTACTO CON ALTA Y BAJA	

TENSION)		
LOCATIVO (ESPACIO REDUCIDO, CAIDAS A NIVEL Y DESNIVEL)		
LOCATIVO DESPLOME DE ESTRUCTURA	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	
LOCATIVO CAIDA DE OBJETOS		

TECNOLOGICO INCENDIO	
ACCIDENTE DE TRANSITO (CHOQUES, VOLCAMIENTOS, ATROPELLAMIENTO)	
ACCIDENTES AEREOS	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**
PUBLICO (ROBOS, ATRACOS)	
ATRAPAMIENTO POR DERRUMBE O DESLIZAMIENTOS DE TIERRA	
TRABAJO EN ALTURAS	

ACTIVIDADES EJECUTADAS	ACTIVIDADES TOTAL
9	75
TOTAL CUMPLIMIENTO	

PRIORI

	FECHA:
CARGO:	
FUENTE GENERADORA	**NIVEL DEL RIESGO**
1. DESARROLLO DE LABORES EN LUGAR RODEADO DE VEGETACIÓN ALEDAÑA, ACUMULACIÓN DE ESCOMBROS QUE FACILITAN LA PROLIFERACIÓN DE CULEBRAS, VECTORES E INSECTOS COMO GUSANOS, MOSQUITOS, PANAL DE ABEJAS EN LOS ÁRBOLES, ETC., DURANTE VISITAS PROYECTOS (PARQUES). 2.	360
LAVADO DE BAÑO Y RECOLECCION DE BASURAS	150

COMPARTIR AMBIENTES DE LA EMPRESA	200
PRODUCTOS UTILIZADOS DURANTE EL LAVADO DE BAÑO Y ASEO DE OFICINA. 1. BANLQUEADOR 2. DESINFECTANTE 3. DETERGENTE 5. LIMPIA VIDRIOS 6. LUSTRA MUEBLES 7. LAVA LOZA 8. MAGISTRAL (ACIDO FOSFORICO)	150
1. DESARROLLO DE LABORES TODA O LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA LABORAL SENTADO AL REDACTAR INFORMES INHERENTES AL SG-SST, DISEÑO DE FORMATOS, SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES, SEGUIMIENTO A INDICADORES, ENVIAR Y	

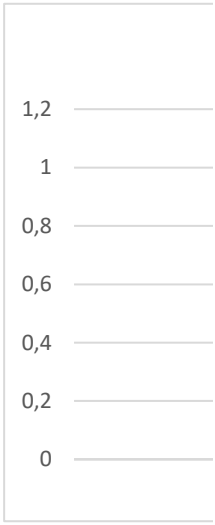
1. DESARROLLO DE LABORES PARTE DE LA JORNADA LABORAL DE PIE AL REALIZAR RECORRIDO Y SUPERVISIONES EN LOS PROYECTOS	
1. REDACCIÓN E INGRESO DIGITAL DE INFORMES PARTE DE LA JORNADA LABORAL AL PC, UTILIZANDO TECLADO,	150
VERIFICACIÓN DE NIVELES, ESTRUCTURA, ACERO DE LOSA, PUNTOS ELÉCTRICOS, TUBERÍAS, ESQUIVAR GATOS PARA VERIFICAR ALTURA DE LA ESTRUCTURA, APROBAR NIVEL Y DESNIVEL DE SUELO, ETC. UTILIZANDO CINTA MÉTRICA, NIVEL LASER Y LÁPIZ.	
PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS GENERADAS POR LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS EN EL PROYECTO, TALES COMO TRONZADORA Y PULIDORA,	150
REALIZAR LABORES DE CAFETERÍA, COMO CORTAR PAN, FRUTAS, ETC.	150
1. MANIPULACIÓN DE EQUIPOS ENERGIZADOS (COMPUTADOR, IMPRESORA, NEVERA, HORNO MICROONDAS, ETC). 2. INSTALACIONES	

2. INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LA OFICINA 3. CABLES EN PISO, DURANTE EL DESARROLLO DE SUS LABORES DE ASEO	
1. OBSTÁCULOS EN PISOS (CABLES) 2. OBJETOS DE OFICINA (ESCRITORIOS, SILLAS, PAPELERA) 3.ORDEN Y ASEO DEFICIENTE. 4. ESPACIO REDUCIDO, ETC. 5. CONTACTO CON PISOS MOJADOS.	
1.FALLAS E INESTABILIDAD DE LA ESTRUCTURA DE OFICINA Y PROYECTO (EDIFICIOS, MUROS, PAREDES, ETC).	150
1. MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN MIENTRAS SE DESPLAZA EN LOS PROYECTOS	150

1. EQUIPOS ELÉCTRICOS PRESENTES EN LA OFICINA Y PROYECTOS (COMPUTADORES, IMPRESORAS, NEVERA, HORNO MICROONDAS, VIDEO BEN, NEVERA, HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS EN LOS PROYECTOS, ETC.) 2. DOCUMENTOS PRESENTES EN EL ÁREA DE TRABAJO.	150
1. VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PRESENTES EN LAS VÍAS PÚBLICAS (AL DESPLAZARSE EN EL VEHÍCULO PROPIO, PUBLICO O A PIE, DENTRO Y FUERA DE LA CIUDAD DURANTE VISITAS A SUCURSALES DE LA EMPRESA, BANCOS, OFICINAS DE CLIENTES, ETC.) 2. AL DESPLAZARSE EN EL VEHÍCULO DE	360
1. VIAJAR EN AVIÓN A OTRAS CIUDADES DURANTE VISITA A OFICINAS SUCURSALES DE LA EMPRESA	240
1. DELINCUENCIA COMUN Y ORGANIZADA PRESENTE EN LA CIUDAD, DURANTE EL DESPLAZAMIENTO A BANCOS O ESTADÍA EN LA OFICINA. 2. REALIZAR VISITA A SUCURSALES DE	360
1. TRANSITAR POR ZONAS VULNERABLES, HÚMEDAS ALREDEDOR DE LA EXCAVACIÓN DURANTE RECORRIDO DE INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE EN LOS PROYECTOS	360
1. MANTENIMIENTO LOCATIVO Y DE LUMINARIAS EN ESCALERAS CON UNA ALTURA SUPERIOR A 1.50M SOBRE UN NIVEL INFERIOR. 2. SUPERVISIÓN DE LABORES REALIZADAS EN LOS PROYECTOS A UNA	720

ALTURA SUPERIOR A 1.50 M (VERIFICACIÓN DE NIVELES A MUROS, FOSOS DE ASCENSORES, LOSA, ETC)	

CUMPLIMIENTO
12%
12%



ZACIÓN

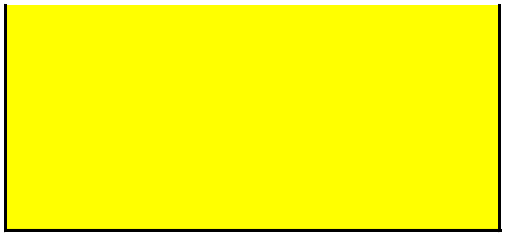
ACEPTABILIDAD DEL RIESGO
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ESPECIFICOS
ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS





DE RIESGOS Y S

FECHA DE SEGUIMIENTO: MARZO/2021
CONTROLES
1. REALIZAR EN CONJUNTO CON CONTRATISTAS CAMPAÑAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD (LAVADO DE MANOS, PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, BRIGADAS DE SALUD, ETC).
2. REALIAR EN CONJUNTO CON LA CONTRATISTA JORNADAS DE FUMIGACIÓN EN LA OBRA Y CONTROL DE MALEZA.
3. CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.
4. REALIZAR ENTREGA DE EPP (BOTAS DE SEGURIDAD) AL PERSONAL EXPUESTO.
1. CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS BILÓGICO.
2. CAPACITACIÓN SOBRE AUTO CUIDADO CON ÉNFASIS EN RIESGO BIOLÓGICO AL PERSONAL EXPUESTO.
3.SUMINISTRAR AL PERSONAL EXPUESTO EPP.
1. DIVULGACION DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA MITIGACION DE LA PROPAGACION DEL COVID-19.
2. DIVULGAR PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA CONTRARRESTAR LA PROPAGACION Y TRANSMISION DEL VIRUS (LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO FISICO, ETIQUETA RESPIRATORIA).
3. REALIZAR MONITOREO DE SINTOMAS DE CONTAGIO POR COVID-19.

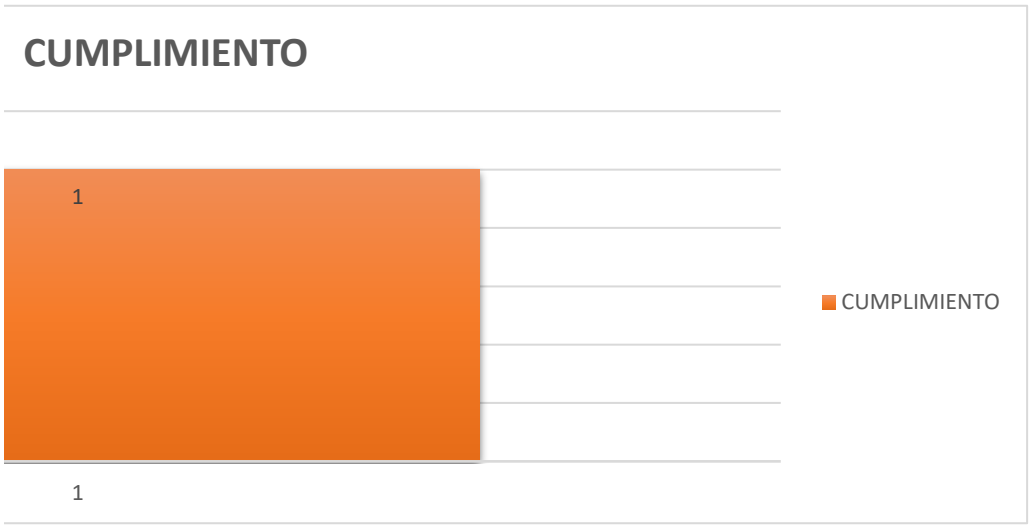
4. DIVULGACION MEDIANTE INDUCCION Y REINDUCCION INFORMACION ACERCA DEL COVID19 Y METODOS DE PREVENCION DE LA TRANSMISION Y PROPAGACION (PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, MEDIDAS PREVENTIVAS, TECNICAS DE LAVADO ADECUADO DE MANOS, SIGNOS Y SINTOMAS, IMPORTANCIA DEL REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SUPERFICIES Y PUESTOS DE TRABAJO, MECANISMOS DE COMUNICACION PARA CASOS SOSPECHOSOS, ENTRE OTROS).
5. REALIZAR CAMPAÑAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD (LAVADO DE MANOS, COLOCACION Y RETIRO DE TAPABOCA).
6. REALIZAR ENTREGA DE TAPABOCA,
7. SEGUIMIENTO A REPORTE DE SINTOMAS DE TRABAJADORES MEDIANTE ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD.
8. MEDICION DE TEMPERATURA AL INICIO DE LA JORNADA LABORAL PARA VERIFICAR ESTADO DE SALUD DE TRABAJADORES.
1. CAPACITACIÓN MANEJO SEGURO DE PRODUCTOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS DE ASEO UTILIZADAS EN LA LABOR.
2. CAPACITACIÓN SOBRE AUTOCUIDADO Y USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
3. DIVULGAR Y MANTENER LAS HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL ÁREA DE TRABAJO.
4. SOCIALIZACION DE INSTRUCTIVOS EN NORMAS DE SEGURIDAD DE OFICIOS VARIOS
5. CAPACITACION SOBRE MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS
6. ETIQUETADO DE PRODUCTOS QUIMICOS
7. SUMINISTRAR AL PERSONAL EXPUESTO EPP (CALZADO SERRADO, GUANTES DE NITRILO, MASCARILLA DESECHABLE)
1. DISEÑAR PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES / CAPACITACIONES)
2. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA PLANIFICACIÓN DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LAS SILLAS DE OFICINA.
3. CAPACITAR AL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS CON EL RIESGO BIOMECÁNICO (HIGIENE POSTURAL).

4. REALIZAR (ASPT) ANÁLISIS SEGURO DE PUESTO DE TRABAJO.
5. REALIZAR ACTIVIDADES REFERENTES DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR DEL PERSONAL, INSPECCIONES BIOMECÁNICAS, ETC.).
6. REALIZAR ACTIVIDADES REFERENTES DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR DEL PERSONAL, INSPECCIONES BIOMECÁNICAS, ETC.).
7. REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS OCUPACIONALES CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.
1. CAPACITACIÓN IMPORTANCIA DEL AUTO CUIDADO Y USO DE EPP
2. CAPACITACIÓN USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.
3. SUMINISTRAR GAFAS DE SEGURIDAD AL PERSONAL EXPUESTO.
1. CAPACITACIÓN O CHARLA IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.
1. REALIZAR JUNTO CON EL COPASST LAS INSPECCIONES DE SEGURIDAD.
2. DISEÑAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A EQUIPOS DE OFICINA (PC, IMPRESORA, AIRE ACONDICIONADO, HORNO MICRO ONDAS, ETC.)
3. CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA .

4. CAPACITACIONES IDENTIFICACIÓN DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS.
4. AISLAR CABLES ELÉCTRICOS (ENTUBAR), SEÑALIZAR TABLERO ELÉCTRICO.
5. INSTALAR REGULADORES DE VOLTAJE A LOS EQUIPOS ENERGIZADOS DE LA OFICINA.
1. REALIZAR INSPECCIONES DE SEGURIDAD DE ORDEN Y ASEO
2. CAPACITACIÓN PREVENCIÓN DE CAÍDAS A NIVEL Y DESNIVEL
3. PROGRAMAR CAPACITACIÓN IDENTIFICACIÓN DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS
4. REALIZAR ASPT
5. ENTREGAR AL PERSONAL EXPUESTO BOTAS DE SEGURIDAD Y/O CALZADO DE SUELA ANTIDESLIZANTE.
1. DISEÑAR Y DIVULGAR NORMAS A SEGUIR EN CASO DE DESPLOME DE ESTRUCTURA.
2. REALIZAR SIMULACRO DE EVACUACIÓN PROGRAMADOS EN OFICINA Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES REFERENTES AL EVENTO EN LOS PROYECTOS. INCLUIR A CONTRATISTAS
3. REALIZAR INSPECCIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO
4. PARTICIPAR EN LOS SIMULACROS DE EVACUACIÓN PROGRAMADOS EN LOS PROYECTOS.
1. IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012- ART.16 ÍTEM A) “PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE OBJETOS, SE DEBEN DELIMITAR ÁREAS PARA PASO PEATONAL Y MALLAS ESCOMBRERAS”.
2. CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN IDENTIFICACIÓN DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS.
3. PROGRAMAR CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTO CUIDADO.
4. REALIZAR ENTREGA DE EPP (CASCOS DE SEGURIDAD) AL PERSONAL EXPUESTO.
1. SOCIALIZAR PLAN DE EMERGENCIAS Y PONS
2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS.

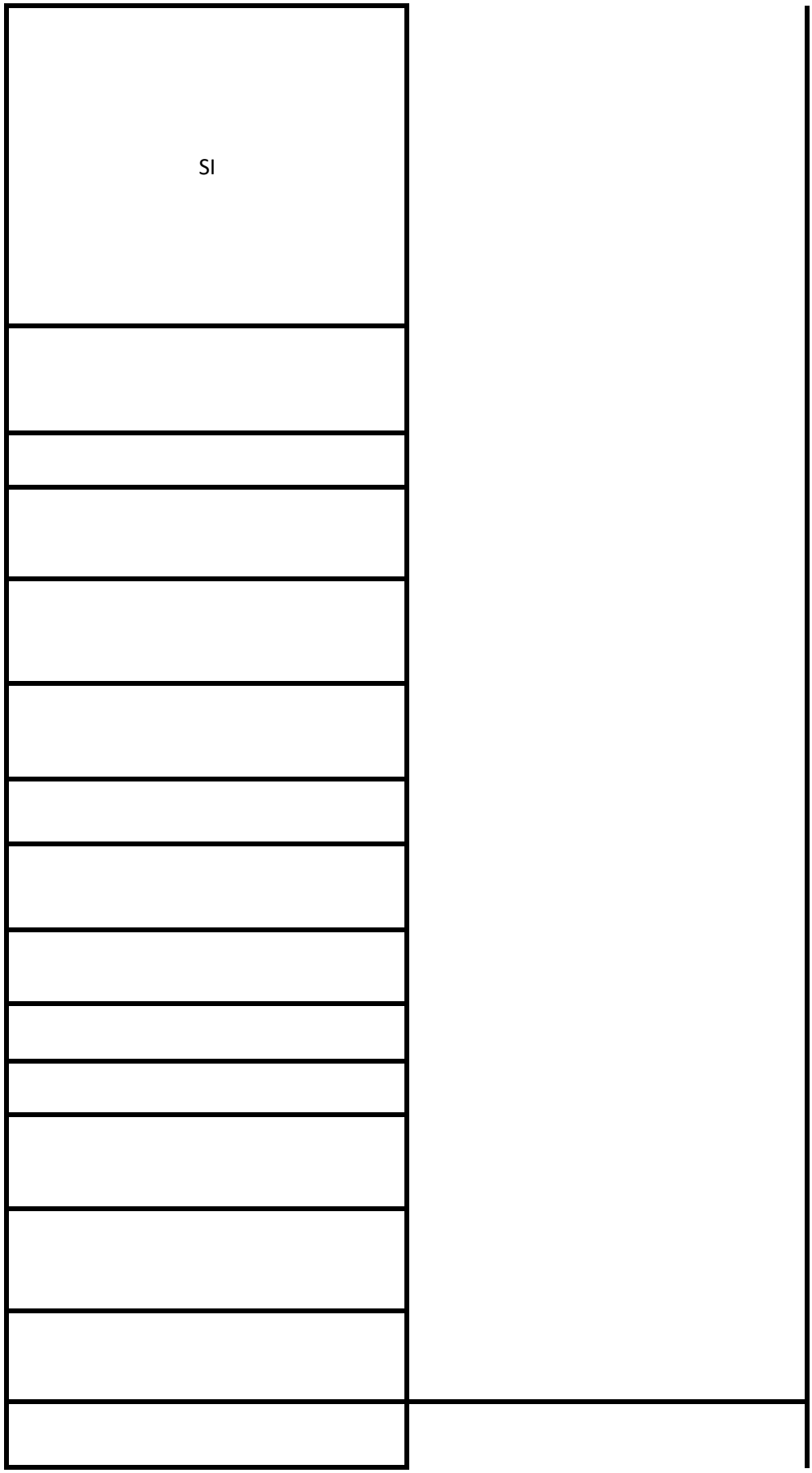
3. PROGRAMAR Y REALIZAR SIMULACRO DE EMERGENCIAS PROGRAMADOS EN OFICINA Y GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN DE TODO EL PERSONAL EN ACTIVIDADES REFERENTES AL EVENTO EN LOS PROYECTOS.
4. INSPECCIONES DE ELEMENTOS DE EMERGENCIAS VÍAS DE EVACUACIÓN, EXTINTORES, BOTIQUÍN, CAMILLA, SEÑALIZACIÓN).
5. PROGRAMAR CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EXTINTOR.
6. DOTAR EL ÁREA DE EXTINTORES Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
1. CAPACITACIÓN NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO ETC.)
2. CAPACITACIÓN EN AUTO CUIDADO
3. DISEÑAR PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGO PUBLICO SEGURIDAD VIAL
1. GARANTIZAR QUE LA COMPRA DE TIQUETES SEA EN AEROLINEAS RECONOCIDAS.
1. REALIZAR LA COMPRA DE TIQUETES EN AEROLINEAS RECONOCIDAS.
2. REALIZAR COMPRA DE POLIZA QUE CUBRA TODOS LOS RIESGOS
1. DISEÑAR Y IVULGAR NORMAS DE SEGURIDAD PARA ATENCION DEL RIESGO PUBLICO.
2. CAPACITACION PREVENCION DEL RIESGO PUBLICO AL PERSONAL EXPUESTO.
1. CAPACITACIÓN EN IDENTIFICACIÓN DE PELIGRO, ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS AL PERSONAL EXPUESTO
2. CAPACITAR EN AUTOCUIDADO
2. SUMINISTRAR AL PERSONAL EXPUESTO LOS EPP ADECUADOS (CASCO Y BOTAS DE SEGURIDAD)
1. SOCIALIZAR PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS.
2. REALIZAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS A TRABAJADORES EXPUESTOS.
3. SUMINISTRAR A TRABAJADORES EXPUESTOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (CASCO CON BARBUQUEJO, ARNÉS DE SEGURIDAD, ESLINGA CON RESTRICCIÓN, GAFAS Y BOTAS DE SEGURIDAD).

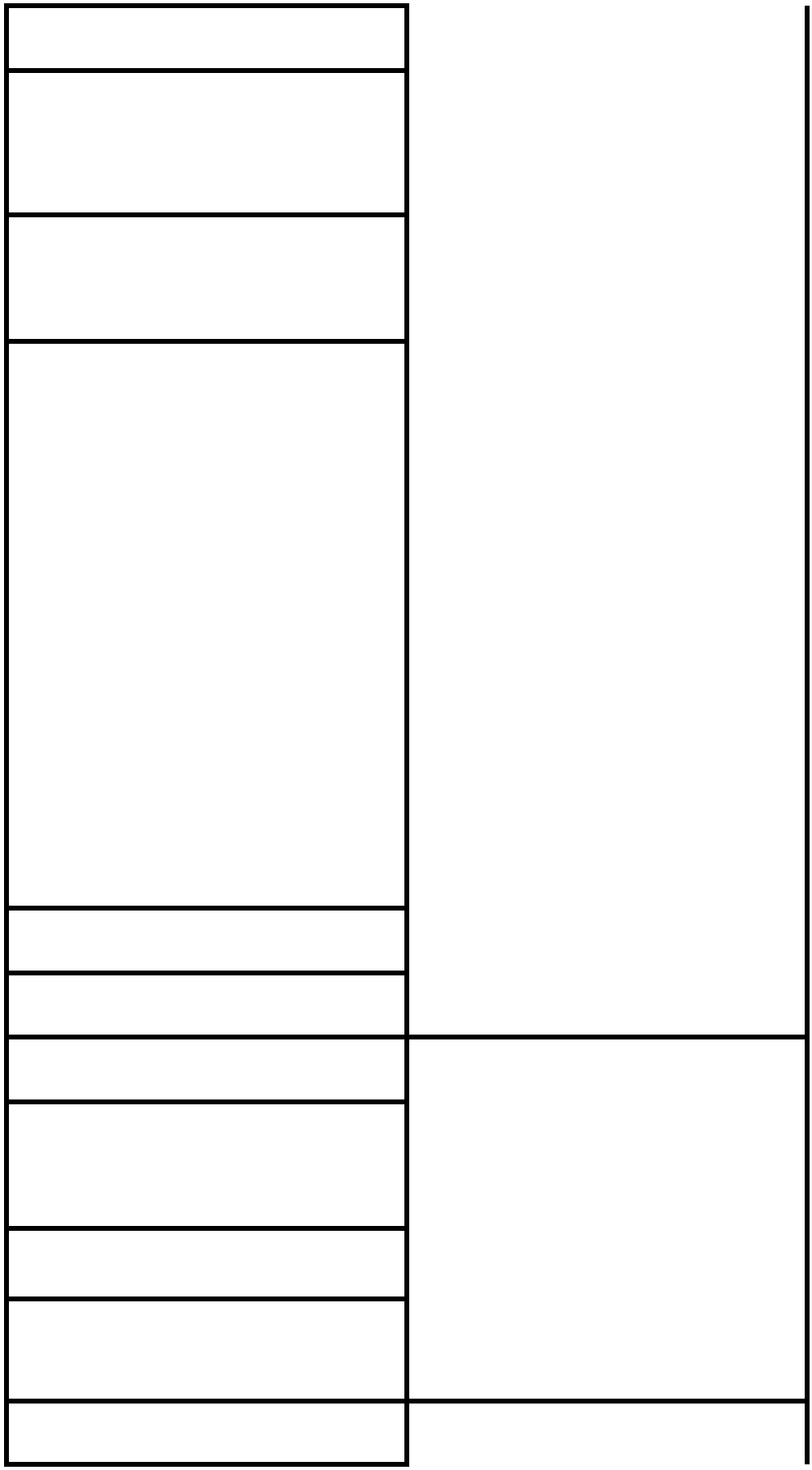
4. REALIZAR INSPECCIONES PRE OPERACIONALES A LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAÍDAS
5. SOCIALIZAR PLAN DE RESCATE EN ALTURA (PONS)
6. PROGRAMAR CAPACITACIÓN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.



SEGUIMIENTO D

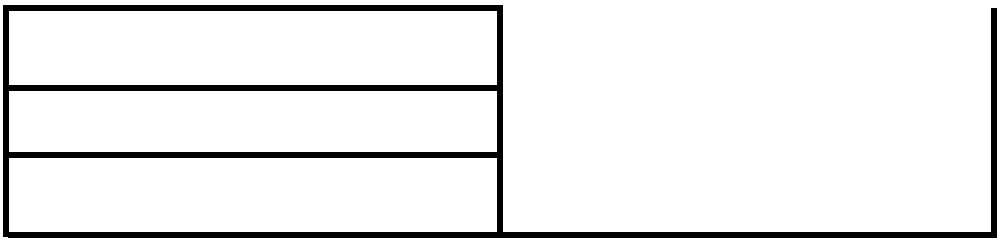
EVIDENCIA DE EJECUCION SI/NO	AT
SI	
SI	


SI



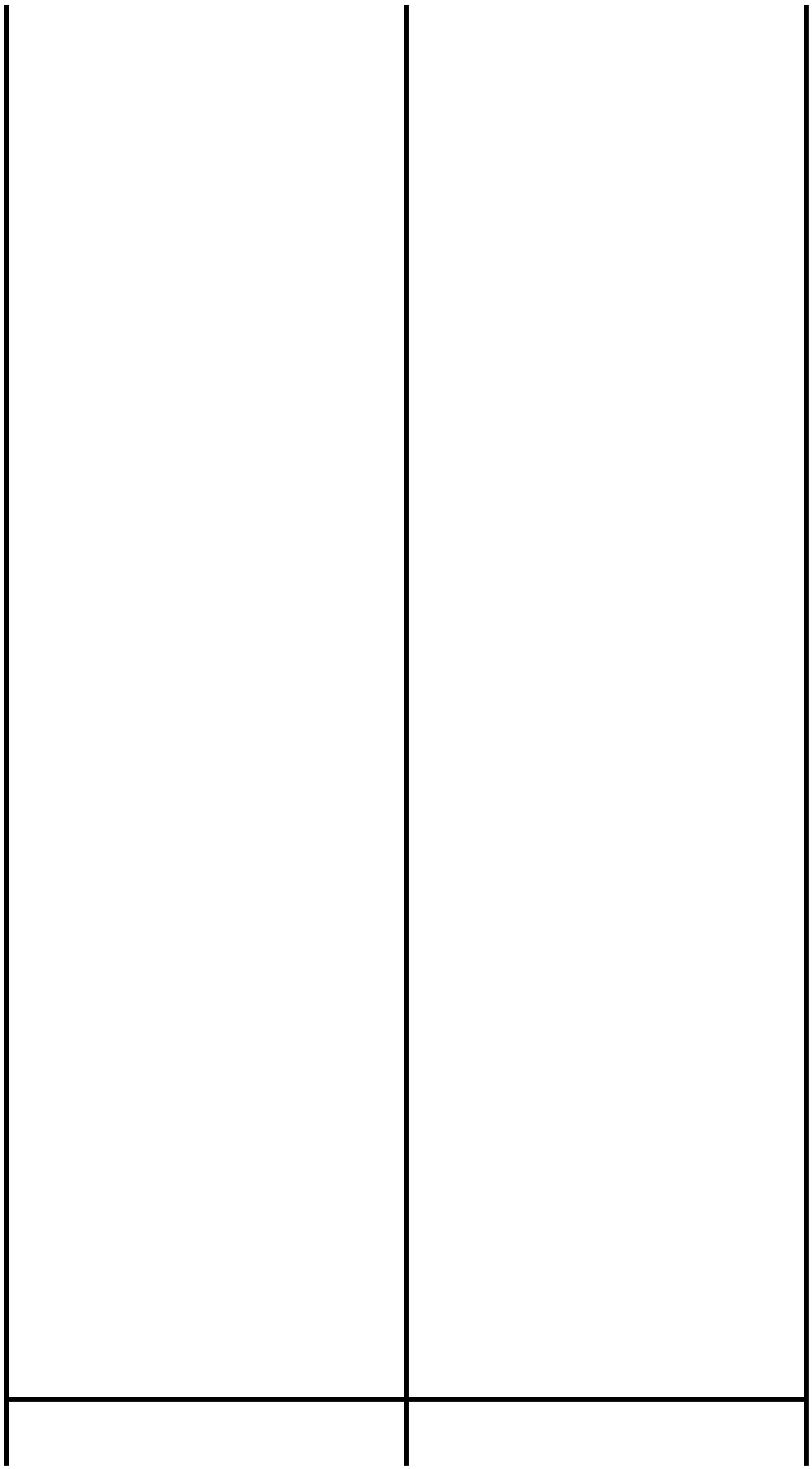
SI
SI
SI
SI

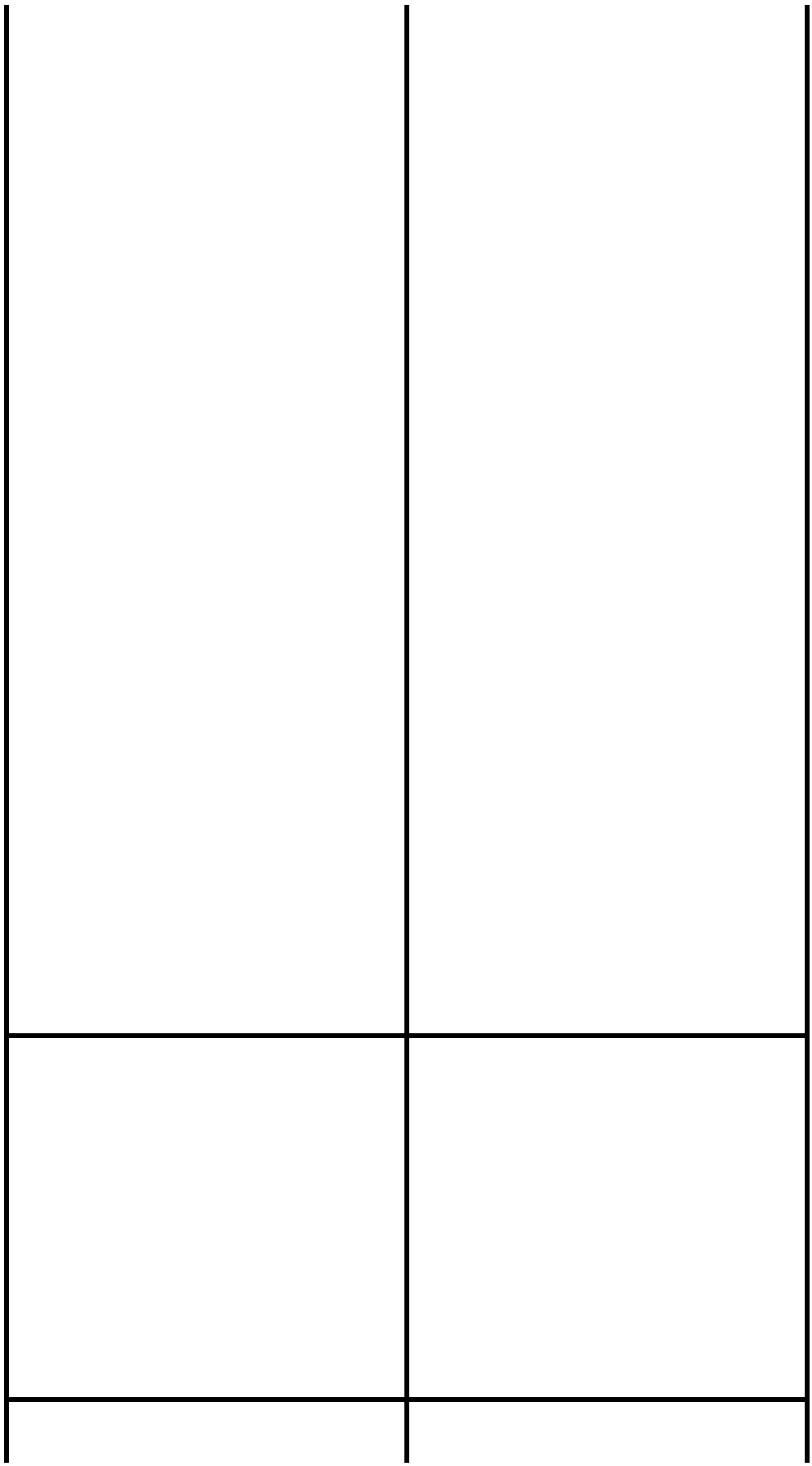
SI
SI

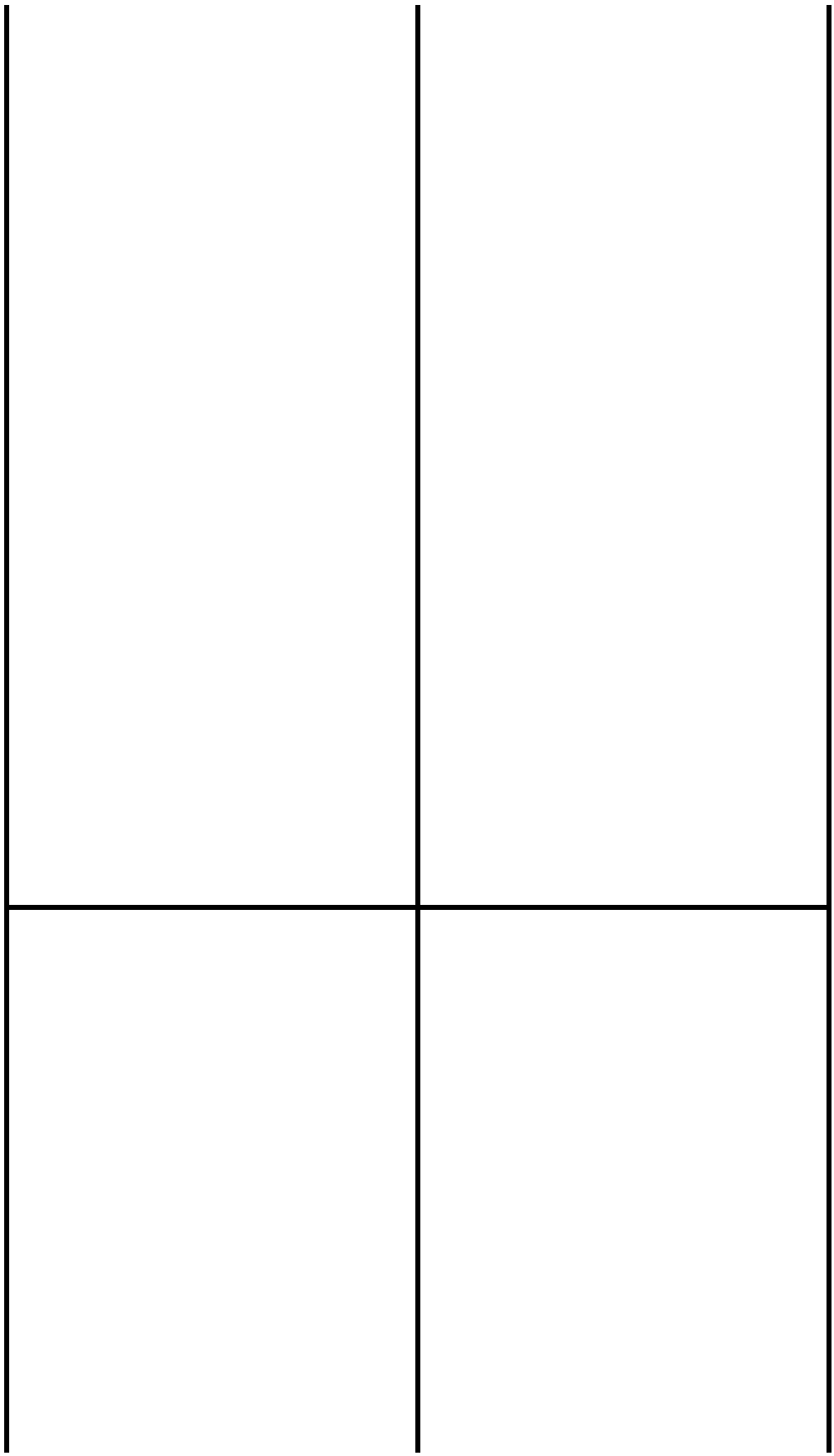


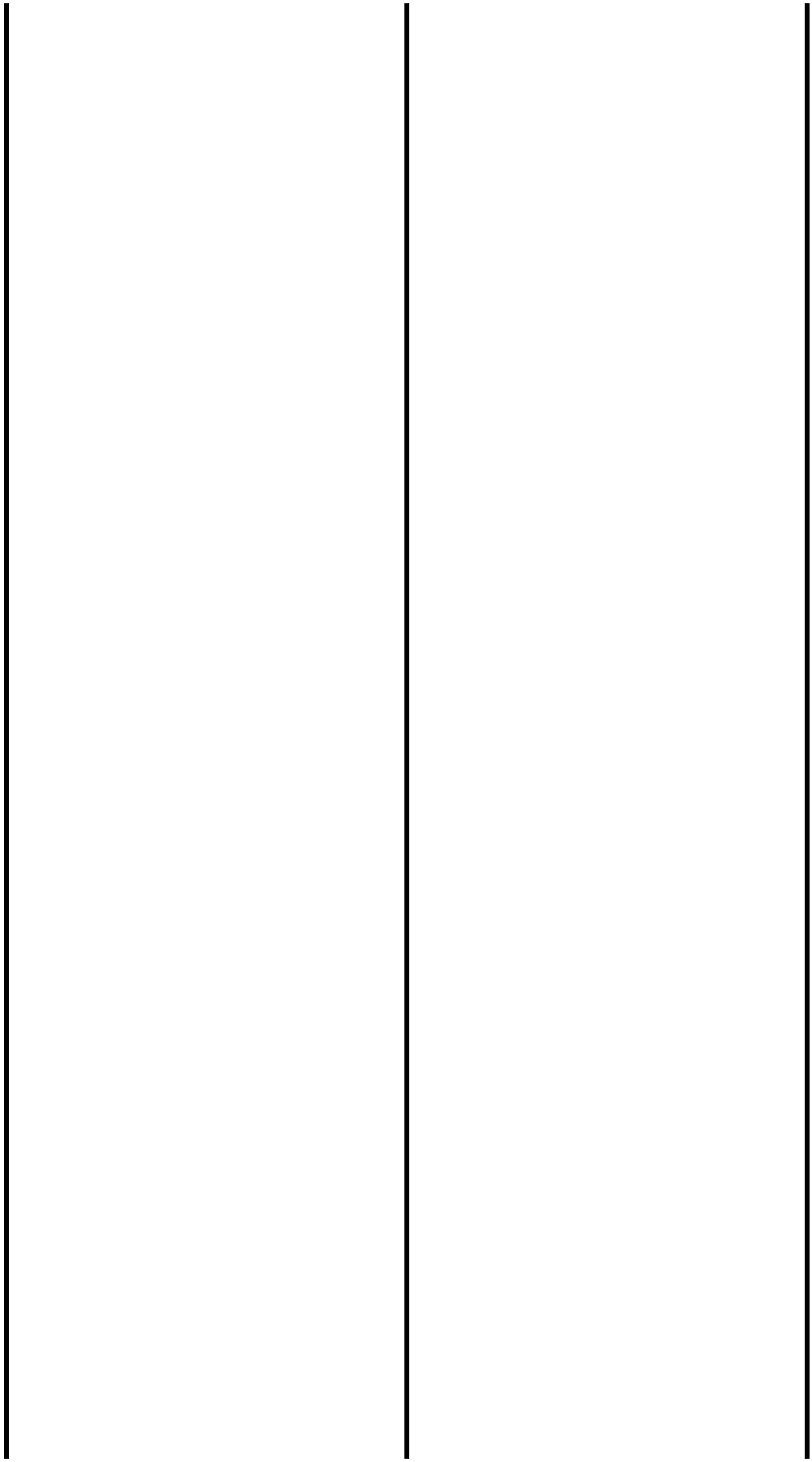
E CONTROLES

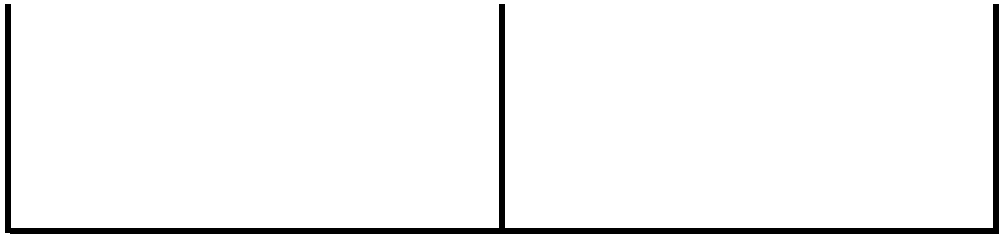
EFICACIA DE LC	
IT	EL



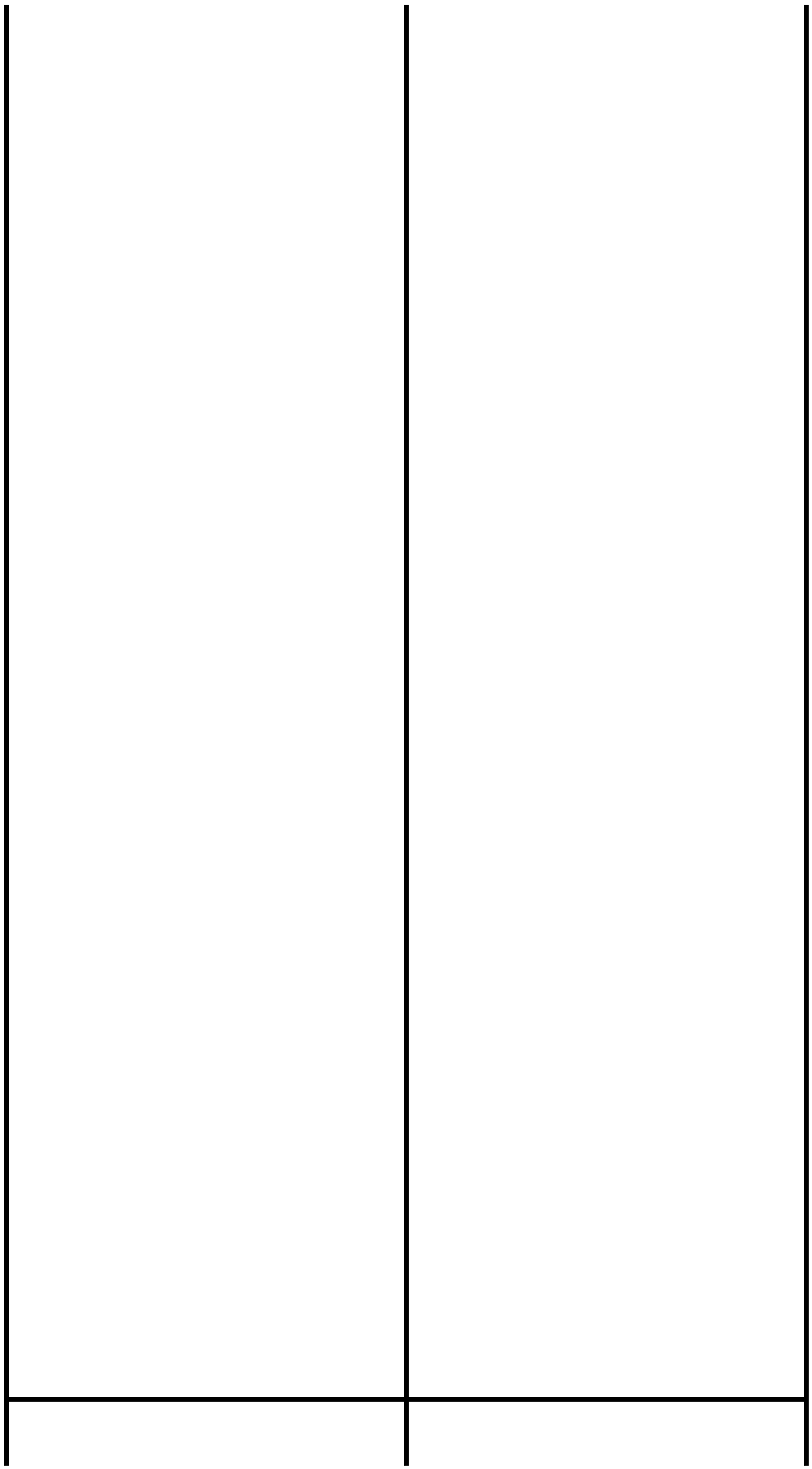


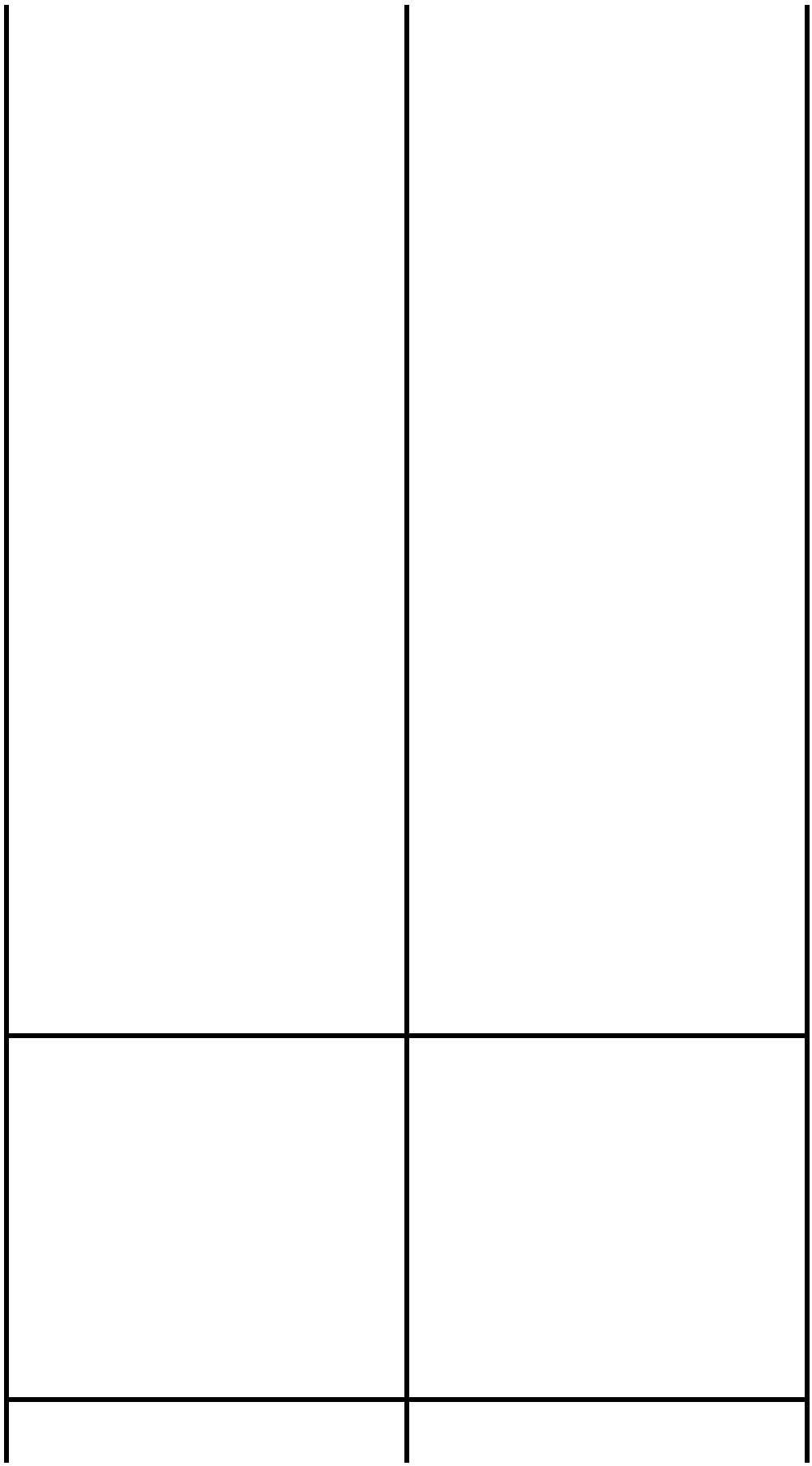


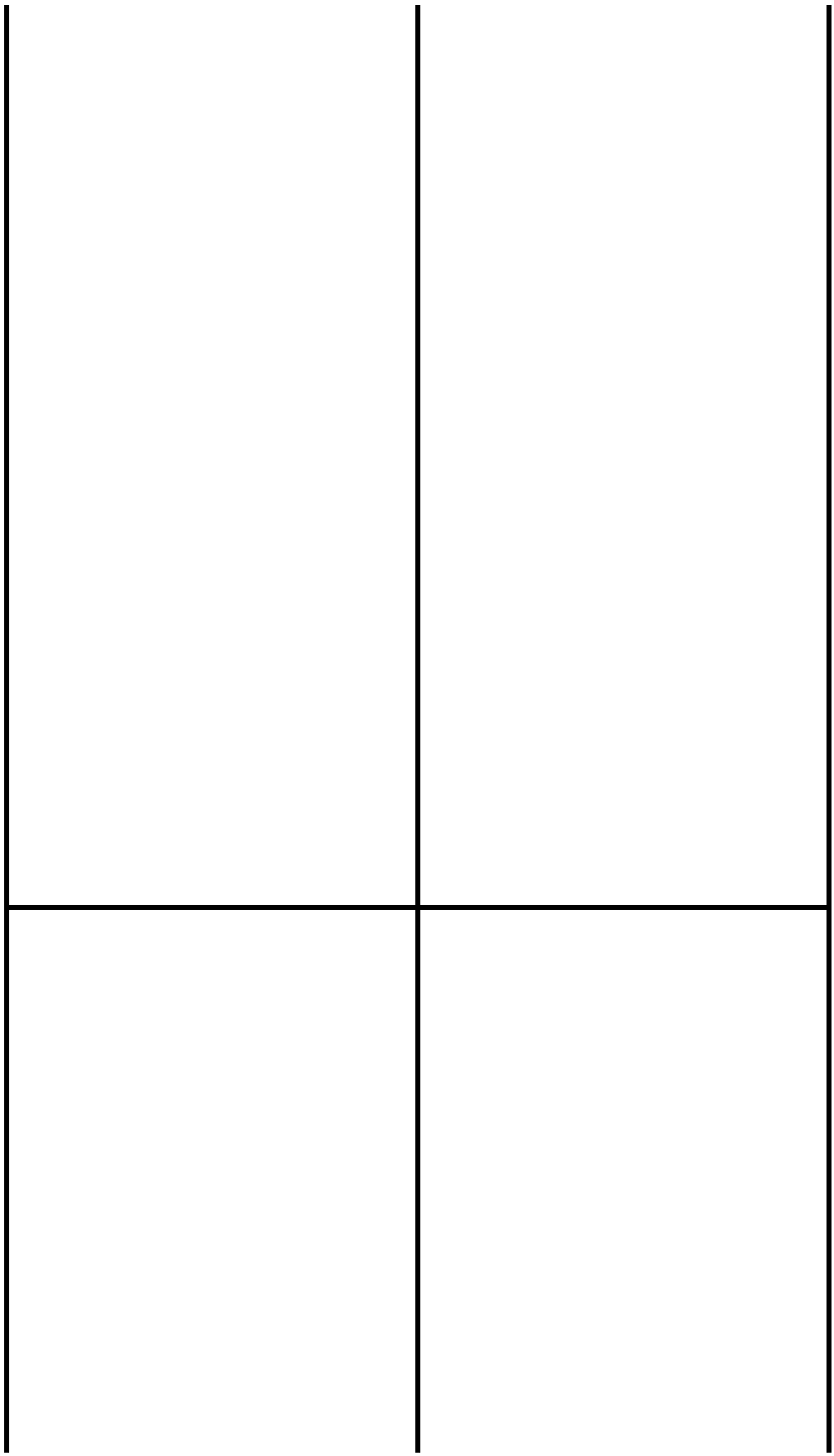


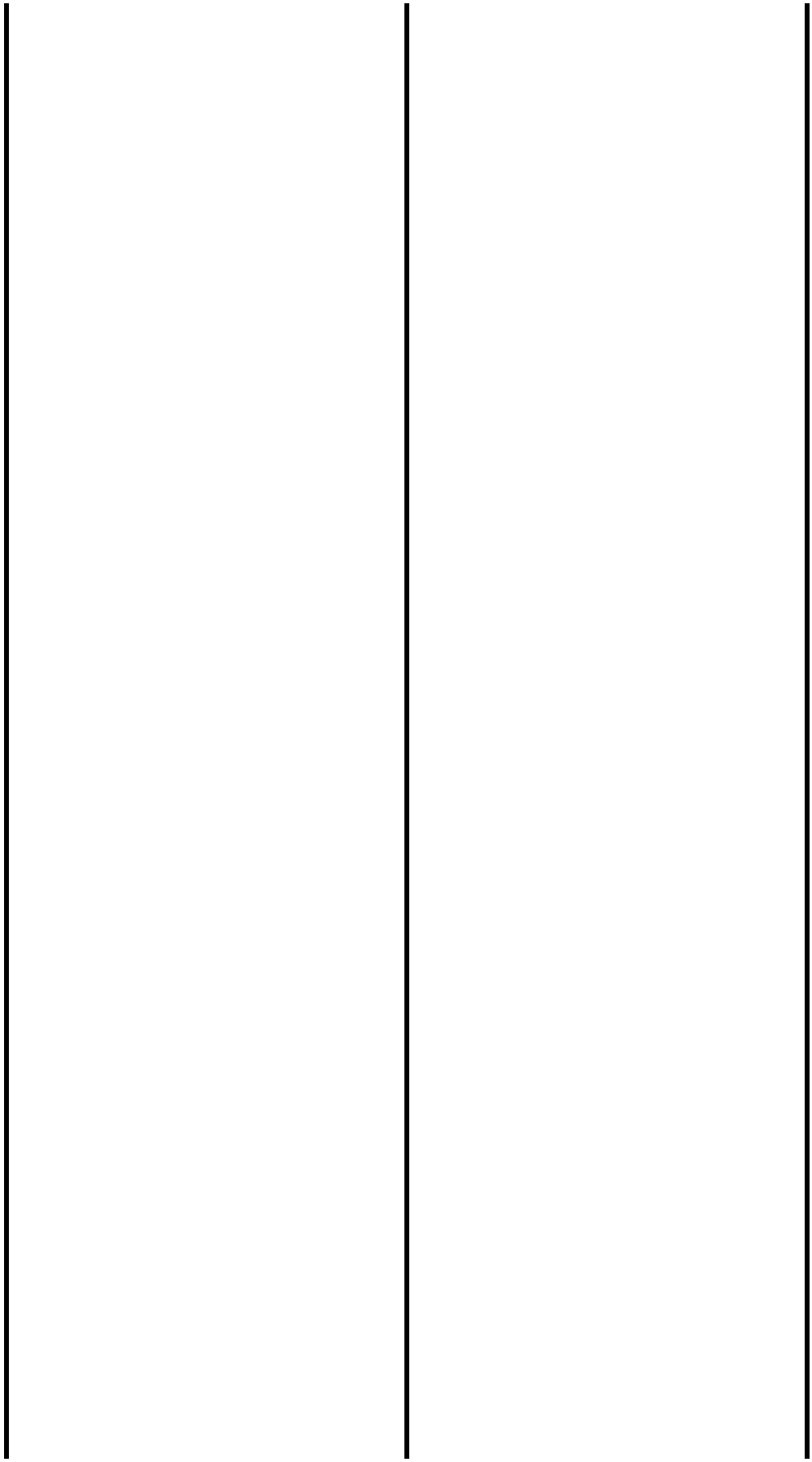


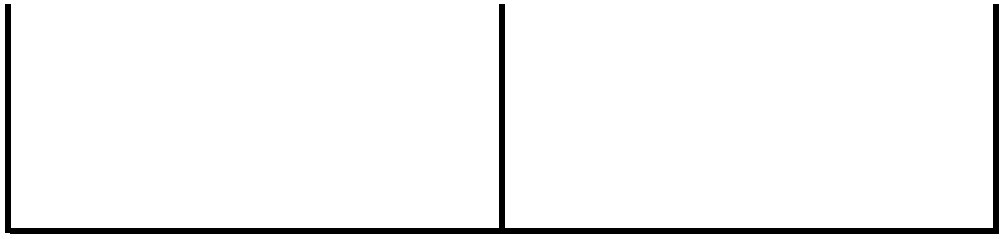
ÓS CONTROLES	
FUE EFICAZ EL CONTROL	
SI	NO



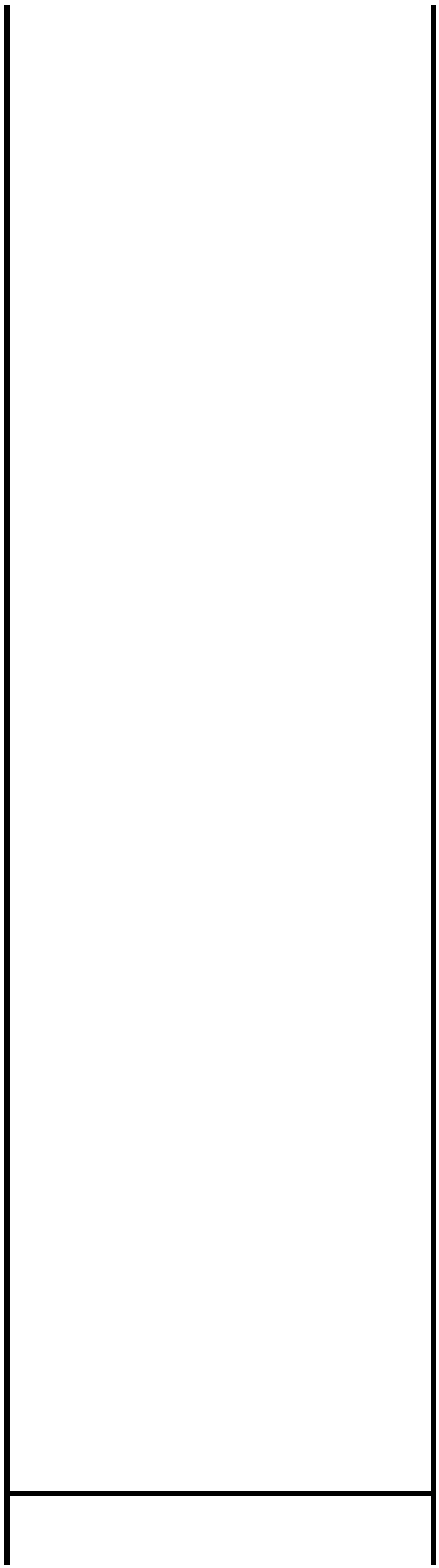


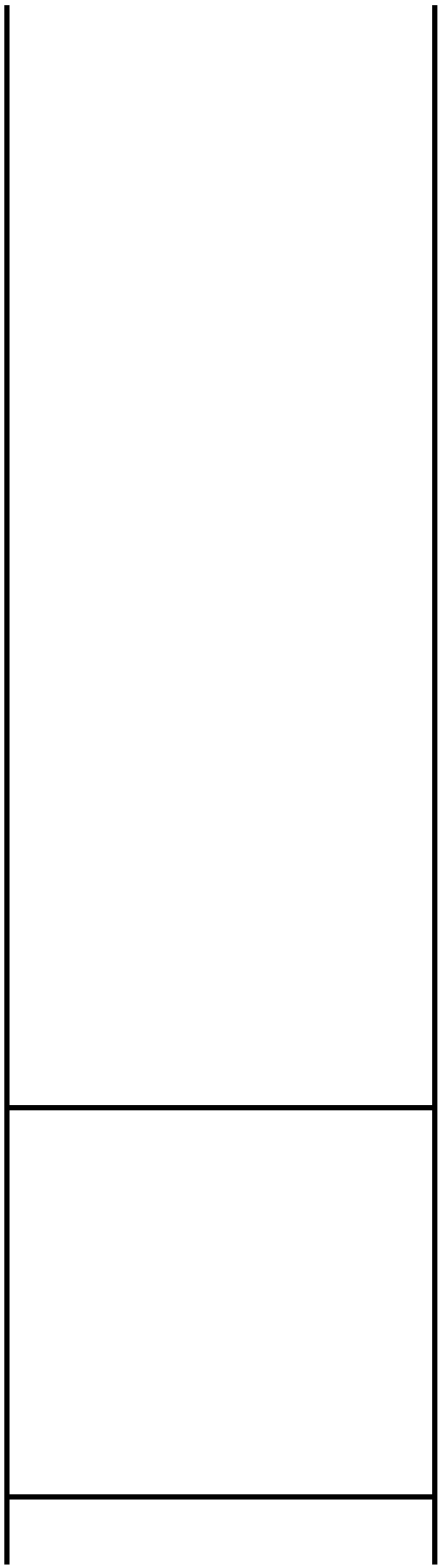


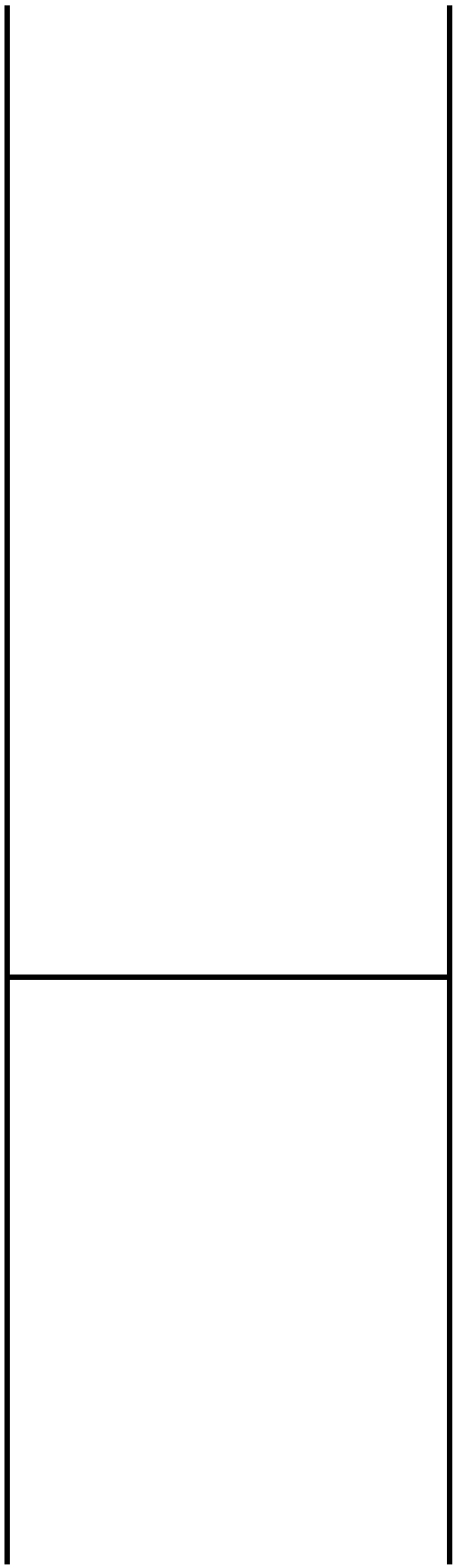




OBSERVACIONES









HOJA DE APOYO BASICA PARA PLANTEAR UN PLAN DE MEJORAMIENTO RELACIONADO CON " AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST ", ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 29 DE RESOLUCIÓN 0312 DE 2019

NOMBRE, NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL, Y NÚMERO DEL CERTIFICADO DEL CURSO DE 50, o 20 HORAS DE CAPACITACIÓN VIRTUAL, DEL RESPONSABLE SG-SST	DARLING ALGARING

1. OBJETIVO

Guía relacionada con lod planes de mejoramiento, con el fin que se efectúen las acciones correctivas tendientes a la superación de las situaciones irregulares detectadas conforme a los requisitos del decreto 1072/2015 y resolución 0312 de 2019 actividades desarrolladas en INGENIERIA MASTER S.A.S.

2. ALCANCE

Aplica para todos los trabajadores, contratistas, desde la documentación requerida hasta la implementación del SG-SST.

3. METAS

Cumplir el 90% de las actividades a desarrollar

PLAZO DETERMINADO PARA SU CUMPLIMIENTO

FECHA PLANEADA DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

ETAPA	Numeral del estándar	ACTIVIDAD A DESARROLLAR		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	% Cumplimiento actividad/fase		RESPONSABLE (s)	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
				Cuando se cumpla se marca con 1, en **P si es (Planeado) o con** 1 si es **(Ejecutado)**																
PLANEAR	2.10.1	Una vez definido los criterios de selección de contratistas evaluar su desempeño y cmplimiento en materia de SST	P*													0%	0%			
			E*																	
HACER	3.1.4	Verificar que se realicen los exámenes médicos ocupacionales de acuerdo con lo que refiere el profesiograma, hacer seguimiento a las recomendaciones médicas enviadas a los trabajadores, hasta lograr su cumplimiento.	P*													0%				
			E*																	
	3.1.7	Elborar programa de estilo de vida y trabajo saludable	P*													0%				
			E*																	
	4.2.1	Priorizar para el priemer semestre del año 2021 las actividades de la matriz de identificacion de peligros para los riesgos prioritarios, de tal forma lograr el cumplimento del 100%	P*													0%	0%			
			E*																	
	4.2.2	Diseñar un formato de observacion de comportamiento y que sean aplicados a todos los trabajadores	P*													0%				
			E*																	
	4.2.4	Hacer seguimiento al cumplimiento del programa de inspecciones	P*													0%				
			E*																	
VERIFICAR			P*													0%	0%			
			E*																	
			P*													0%				
			E*																	
ACTUAR			P*													0%	0%			
			E*																	
			P*													0%				
			E*																	
TOTAL PROGRAMADO				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
TOTAL EJECUTADO				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				

5. RECURSOS ASIGNADOS

TIPO DE RECURSOS	DETALLE	OBSERVACIONES

HOJA DE APOYO BASICA PARA PLANTEAR UN PLAN DE MEJORAMIENTO RELACIONADO CON " AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST ", ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 29 DE RESOLUCIÓN 0312 DE 2019

HUMANOS		
TECNICOS		
FINANCIEROS		
LOCATIVOS		

6. MEDICIÒN Y SEGUIMIENTO

PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		RESULTADO													

GRAFICA



SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

	ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	ESTADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
			2021												
H	Divulgar los procedimientos operativos normalizados (PON´S)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	Socializar planos de evacuacion	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -EXTINTORES -BOTIQUINES -CAMILLAS	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	TRANSPORTE DE LESIONADOS (MANUAL, ARRASTRE Y CAMILLAS)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACIÓN PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
V	Realizar simulacro	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	Diligenciar formato de simulacro	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
A	Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados.	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
		PLANEADAS	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0
		EJECUTADAS	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0

MESES	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	%
ENE	0	0	#¡DIV/0!
FEB	0	0	#¡DIV/0!
MAR	0	0	#¡DIV/0!
ABR	0	0	#¡DIV/0!
MAY	0	0	#¡DIV/0!
JUN	0	0	#¡DIV/0!
JUL	0	0	#¡DIV/0!
AGO	0	0	#¡DIV/0!
SEP	0	0	#¡DIV/0!
OCT	11	0	0%
NOV	0	0	#¡DIV/0!
DIC	0	0	#¡DIV/0!
TOTAL	11	0	0%



ANEXO SST-12. ACTA DE NOMBRAMIENTO DE VIGÍA SST

	SISTEMA DE GESTION DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-D-15
		VERSION:	01
	ACTA DE NOMBRAMIENTO DE VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FECHA DE EMISION:	15/01/2019

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

Periodo: 2022 - 2024

El representante legal y el DIRECTOR DE PROYECTO del CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS integrado por **INGENIEIRA MÁSTER S.A.S**

En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 "por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo" se designa como Vigia en Seguridad y Salud en el Trabajo en calidad de principal a: MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA. Asi mismo a NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON, se designa como vigia suplente.

En virtud de lo anterior, los referidos actuarán como vigia principal y vigia suplente por el término de 2 años o el tiempo que ejecute el proyecto asignado, de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, periodo durante el cual el empleador se obliga a facilitar el tiempo necesario dentro de la jornada laboral para que el VIGIA realice sus respectivas funciones.

VIGÍA PRINCIPAL

Mabel Velasco

MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA
Cedula No. 1.023.976.667

VIGÍA SUPLENTE

Nitsson Fabian Cruz Calderon

NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON
Cedula No. 1.012.372.053

ANEXOS SST – CONTRATISTA

ANEXO SST-13. INDUCCIÓN SST CONTRATISTA

PAGINA 1 DE 1 VERSION: 13 CODIGO: SHE-001 DOCUMENTO CONTROLADO	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	PROFESIONALES ASOCIADOS

Nombre del trabajador: [illegible] Fecha: 05 / 03 / 2023

Cargo: [illegible] Area:

Este formato es exigencia para toda persona que ingresa a la empresa ya sea como contratista, proveedor o visitante, antes de ingresar a las instalaciones.

ITEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N/A
1	Mapa de riesgos, Estructura Organizacional, Matriz de Peligros y Emergencias	✓		
2	Política integrada de SST, Política de Hostigamiento y Acoso Laboral	✓		
3	Política de Prevención, Detección de Consumo de Sustancias y Política de No Alcohol, Tabaco	✓		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Prevención de Accidentes Personales	✓		
5	Política de Conservación de Documentos, Retiro y de Protección de Datos	✓		
6	Política de Prevención de Consumo de Alcohol y Política de Prevención de Enfermedades	✓		
7	Política de Reforzamiento de Normas Básicas	✓		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento interno de trabajo	✓		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo)	✓		
10	Divulgación de horario de trabajo y Horas Extras	✓		
11	Socialización de Actividades Programadas en SST	✓		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Canales Seguros de Comunicaciones	✓		
13	Socialización de Mantenimiento, uso y Reposición de los E.P.P.	✓		
14	Integración y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral	✓		
15	Divulgación de Plan de emergencias, Alcance de P.A. Fases de una Lucha Plan de emergencia, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencias	✓		
16	Que hacer en caso de incidente o Accidente	✓		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e impactos ambientales	✓		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras	✓		
19	Actividades de toma de conciencia – participación/consulta a grupos de interés	✓		
20	Socialización de los Canales de comunicación	✓		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades (Biomecánico, Alturas, Espacios Confinados, Vial)	✓		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	✓		
23	Decálogo de Comportamiento con la vida	✓		

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

Firma del trabajador: [signature]

CC [illegible]

Nombre del funcionario que empalma la inducción:

Nombre: [illegible]

Firma: [signature]

CC [illegible]

Nota: Entregar copia del Contenido de perfil de cargo

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Carlos J Peña S **Fecha** 07 07 2023

Cargo: Oficial **Area:**

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

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

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

Firma del Trabajador Carlos Peña

C C 1557384?

Nombre del funcionario que impartio la inducción:

Nombre [illegible]

Firma [illegible]

C C [illegible]

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1 VERSION 13 CODIGO RH-F-001 DOCUMENTO CONTROLADO	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

Nombre del trabajador: Jesse Jose Anaya Cacello Fecha 07 07 23

Cargo: Ayudante Area:

Este formato se diligencia con el fin de dar constancia de que el trabajador que lo firma recibio inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas

ITEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Mapa y Macro- Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama)	✓		
2	Politica integrada de HSEQ y Politica Antisoborno y derechos humanos	✓		
3	Politica de Prevencion Consumo de Sustancias Psicoactivas y Politica de Acoso Laboral	✓		
4	Politica de Seguridad Vial y Politica de Elementos de Proteccion Personal	✓		
5	Politica de Contratacion de proveedores, Politica de Confidencialidad	✓		
6	Politica de Elementos de Proteccion Personal y Politica de Contratacion de Proveedores	✓		
7	Politica de Relacionamiento de Actores Sociales	✓		
8	Divulgacion del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo	✓		
9	Socializacion de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo)	✓		
10	Divulgacion del Horario de trabajo y Horas Extras	✓		
11	Socializacion de Actividades Programadas de SSTA	✓		
12	Presentacion de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones	✓		
13	Socializacion del Mantenimiento, uso y reposicion de los E.P.P.	✓		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comite de Convivencia Laboral	✓		
15	Divulgacion del Plan de emergencias (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicacion de los extintores, Brigadistas, Telefonos de emergencia)	✓		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente	✓		
17	Identificacion de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales	✓		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras	✓		
19	Actividades de toma de conciencia - participacion-consulta y grupos de interes	✓		
20	Socializacion de los Canales de comunicacion	✓		
21	Divulgacion de Programas de Riesgo y sus actividades: Mecanico, Alturas, Electrico, Quimico, Vial	✓		
22	Divulgacion Protocolo Bioseguridad Covid 19			✓
23	Decalogo de Comportamiento por la vida	✓		

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

Firma del Trabajador

C.C. 1.047.360.233

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre

Firma

C.C.

Nota: Entregar copia No Contractual de perfil de cargo

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Diego Mauricio Estrada **Fecha** 07 09 23

Cargo: Asesante **Área:**

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

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

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

Firma del Trabajador: [signature]

C.C: 1033712690

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Sindy Tatiana Ruiz

Firma: [signature]

C.C. 1024522052

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS		
VERSIÓN: 0001			
CODIGO: HSEQ F-153			
DOCUMENTO CONTROLADO			
FECHA	07-07-22	HORA	
CARGO	Oficial	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	Cruz Soto		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1.233.340		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	✓		
	VIBRACIONES	✓		
	RADIACIONES IONIZANTES		✓	
	RADIACIONES NO IONIZANTES		✓	
	TEMPERATURAS EXTREMAS		✓	
	PRESIONES ANORMALES		✓	
	ILUMINACION		✓	
	VENTILACIÓN		✓	
QUIMICOS	AEROSOLES SÓLIDOS		✓	
	LIQUIDOS		✓	
	VAPORES Y GASES		✓	
FISICO QUIMICOS	INCENDIO		✓	
	EXPLOSIÓN		✓	
BIOLOGICOS	BACTERIAS		✓	
	VIRUS - COVID-19		✓	
	HONGOS		✓	
MECANICOS	HERRAMIENTAS MANUALES		✓	
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESION		✓	
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES		✓	
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO		✓	
ELECTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSION	✓		
	BAJA TENSIÓN		✓	
	CARGA ESTÁTICA		✓	
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA		✓	
	CARGA DINAMICA		✓	
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO		✓	
	CAIDAS A NIVEL		✓	
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL		✓	
PSICOSOCIALES	CONTENIDO DE LA TAREA	✓		
	RELACIONES HUMANAS	✓		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	✓		
	DESLIZAMIENTOS	✓		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	✓		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD		✓	
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	✓		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	✓		
	COLISIONES	✓		

ELABORO: [signature] REVISO: Saul J.

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 001			
CODIGO REGISTRO			
DOCUMENTO CONTROLADO			
FECHA	07/07/23	TIEMPO	
CARGO	AYUDANTE	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	DIEGO GUTIERREZ		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1.001.652.040		

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

NOMBRE: [illegible] FIRMA: [signature]

Powered by CamScanner

EMPRESA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
UBICACIÓN		
CENTRO TRABAJO		
DEPARTAMENTO CONTRATADO		
FECHA 01-07-23		TIEMPO
CARGO Ayudante		CONTRATO
NOMBRE TRABAJADOR	Jesús José Anaya Castillo	
DATOS PERSONALES	1.045.723.123	

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FÍSICOS	RUIDO	/		
	VIBRACIÓN		/	
	RADIACIONES IONIZANTES		/	
	RADIACIONES NO IONIZANTES		/	
	TEMPERATURAS EXTREMAS		/	
	PRESIONES ANORMALES		/	
	ILUMINACIÓN		/	
	VENTILACIÓN		/	
QUÍMICOS	AEROSOLES SÓLIDOS		/	
	LÍQUIDOS		/	
	VAPORES Y GASES		/	
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO		/	
	EXPLOSIÓN		/	
BIOLÓGICOS	BACTERIAS		/	
	VIRUS - COVID-19		/	
	HONGOS		/	
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES		/	
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN		/	
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES		/	
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO		/	
ELÉCTRICOS	ALTA TENSIÓN		/	
	BAJA TENSIÓN		/	
	CARGA ESTÁTICA		/	
ERGONÓMICOS	CARGA ESTÁTICA		/	
	CARGA DINÁMICA		/	
LOCATIVOS	CAÍDA A NIVEL		/	
	CAÍDAS A DIFERENTE NIVEL		/	
	CAÍDAS A DESNIVEL		/	
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA		/	
	RELACIONES HUMANAS		/	
MATERIALES	TRANSPORTE DE CARGAS		/	
	SUSTANCIAS		/	
DE SEGURIDAD SOCIAL	ATRACOS		/	
	ROBOS ATRACOS SECUESTRO		/	
	CONDICIONES DE MANIPULACIÓN		/	
TRANSITO	ATROPELLAMIENTO		/	
	CHOQUES		/	

FIRMA: [signature] FIRMA: SST.

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACION DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 001				
CODIGO INFO-T-151				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA	01 01 23			
CARGO	Ayudante			
NOMBRE TRABAJADOR	Diego Mauricio			
CEDULA DE CIUDADANIA N°	1033112690			
CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA		FUENTES
		SI	NO	
FISICOS	RUIDO			
	VIBRACION			
	RADIACIONES IONIZANTES			
	RADIACIONES NO IONIZANTES			
	TEMPERATURAS EXTREMAS			
	PICADURAS ANIMALES			
	ILUMINACION			
	VENTILACION			
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS			
	LIQUIDOS			
	VAPORES Y GASES			
FISICO QUIMICOS	INCENDIO			
	EXPLOSION			
BIOLOGICOS	BACTERIAS			
	VIRUS - COVID-19			
	HONGOS			
MECANICOS	HERRAMIENTAS MANUALES			
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESION			
	MANIPULACION DE MATERIALES			
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO			
ELECTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSION			
	BAJA TENSIÓN			
	CARGA ESTATICA			
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA			
	CARGA DINÁMICA			
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO			
	CAIDAS A NIVEL			
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL			
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA			
	RELACIONES HUMANAS			
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS			
	DESLIZAMIENTOS			
DE ORDEN SOCIAL	ATRACOS			
	ROBOS ATRACOS INSEGURIDAD			
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES			
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS			
	OTROS CUAL?			
ELABORO		REVISO		

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Par 3
- **Mecanismo de alarma:** tres pitos

Powered by CamScanner

EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCION EN HSEQ

PROFESIONALES ASOCIADOS

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

Ahorro de Luz



Ahorro de Agua



Reciclar y Reutilizar



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



Calificación: Cada punto vale 6.25 para un total de 100 puntos

Firma del trabajador

cc. 1033 792 690

PÁGINA 1 DE 4
VERSIÓN: 8
CÓDIGO: RH-F-011
DOCUMENTO CONTROLADO
EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCION EN HSEQ
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

Nombre del trabajador: Diego Mauricio Estrada

Fecha: 07-07-23 Cargo: Ayudante

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

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

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

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

B

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

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

Nombre del representante: Oscar Herrera

Juramentado Patrono

3- Señale los programas de Riesgos:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

X Reportar los casi incidentes y Accidentes de SSTA
X Usar los elementos de protección personal y cumplir los procedimientos de trabajos seguros
c. Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización
e. Divulgar la metodología usada en las áreas de interés

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

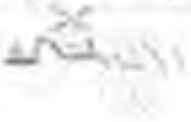
Powered by CamScanner

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

Ahorro de Luz



Uso eficiente de Agua



Residuos Reutilizar



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



Calificación: Cada punto vale 6,7% para un total de 100 puntos

Firma del trabajador

C.C. 1.045.169.273

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Parque
- **Mecanismo de alarma:** 3 sonidas de silvato

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

Nombre del trabajador: Yesie Jose Araya Carrillo

Fecha: 07-07-23 Cargo: Ayudante

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

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

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

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

B

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

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

Mencione dos representantes: Oscar Guerreros

Juan Fernando Pedrero

3- Señale los programas de Riesgos:

a. Programa de mantenimiento y inspección de maquinaria
b. Procedimiento de accidentes de trabajo
c. Programa de Pausas activas, Riesgo Eléctrico y Conservación Auditiva
X a y c son correctas
d. Ninguna de las anteriores

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución Nc 2184 de 2019?

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

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

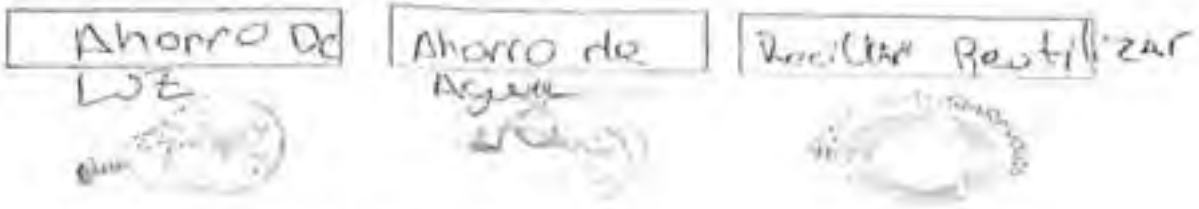
a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

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



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



Calificación: Cada punto vale 6.25 para un total de 100 puntos _____

Carlos Peña
Firma del trabajador
CC. 1537847

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo de bioseguridad establecido.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro cuando compañeros estornuden.
e. Todas las anteriores.

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Parque
- **Mecanismo de alarma:** Tres pito

Powered by CamScanner

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

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológica Biomecánica y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Consumo.
(e.) Todas las Anteriores

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCION** _____

Nombre del trabajador: Carlos Perez

Fecha: 07-07-23 **Cargo:** Oficial

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

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

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

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

B

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

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

Mencione dos representantes: Oscar Guerrero y Jairo Pedreros

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

Nombre del trabajador: RAMON GUERRERO

Fecha: 07/07/23 Cargo: AYUDANTE

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

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

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

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

B

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

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

Mencione los representantes: OSCAR GUERRERO, JUAN PEDROS

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de Salud Ocupacional y Programa de Riesgo Vial
b. Programa de prevención de consumo de alcohol
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico
A a y b son correctas
e. Ninguna de las anteriores

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

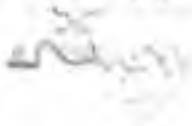
X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.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

Powered by CamScanner

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

Ahorro de agua | Ahorro energia | Recicla y reutiliza







15. Señale si es falso o verdadero:

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

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



Calificación: ____ de un total de 5, para un total de 100 puntos

Firma del Trabajador

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativa:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Parque
- **Mecanismo de alarma:** 3 pitos

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Jose Abelardo Duarte

Fecha: 7/7/2023 **Cargo:** operario.

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

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

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

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

d. = porque abarca las normas y procedimientos q garantizan la protección en la salud y seguridad en cuanto a la optima cumplimiento de los funciones.

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

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

Mencione dos representantes: Juan pedroza, Jeferson loaiza.

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** No aplica.
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha del colegio
- **Mecanismo de alarma:** T. alarma o 3 silbatos

Powered by CamScanner

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

Ahorro de energía y Reducir consumo

Conservar el planeta

Clasifica y Recicla.





1120



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



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

José Ponte
Firma del trabajador

cc. 13993187 C/m.

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
VERSIÓN: 0001				
CÓDIGO: HSEQ-F-193				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA:	7/7/2023	TIEMPO		
CARGO:	Operario	CONTRATO		
NOMBRE TRABAJADOR	Jose Abelardo Duarte			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	13993187 Cúcuta			

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

ELABORO Duarte 13993187

REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Jose B Duarte **Fecha** 7 | 7 | 2023

Cargo: operador - instalador **Área:** operativa

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

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

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

Firma del Trabajador: Duarte

C.C: 13993 087 Cúcuta.

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Luis Fdo Sanabria

Fecha: 7-07-2023 **Cargo:** operario

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

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

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

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

Politica de contratacion de proveedores por el trabajo que realiso

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

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

Mencione dos representantes: Yolanson Labaza y Juan Pedraos

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** No aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** concha colegio
- **Mecanismo de alarma:** alarma o tres silvatos

Powered by CamScanner

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

ahorro de energia



conservacion



clustifica y recicla



15.-Señale si es falso o verdadero:

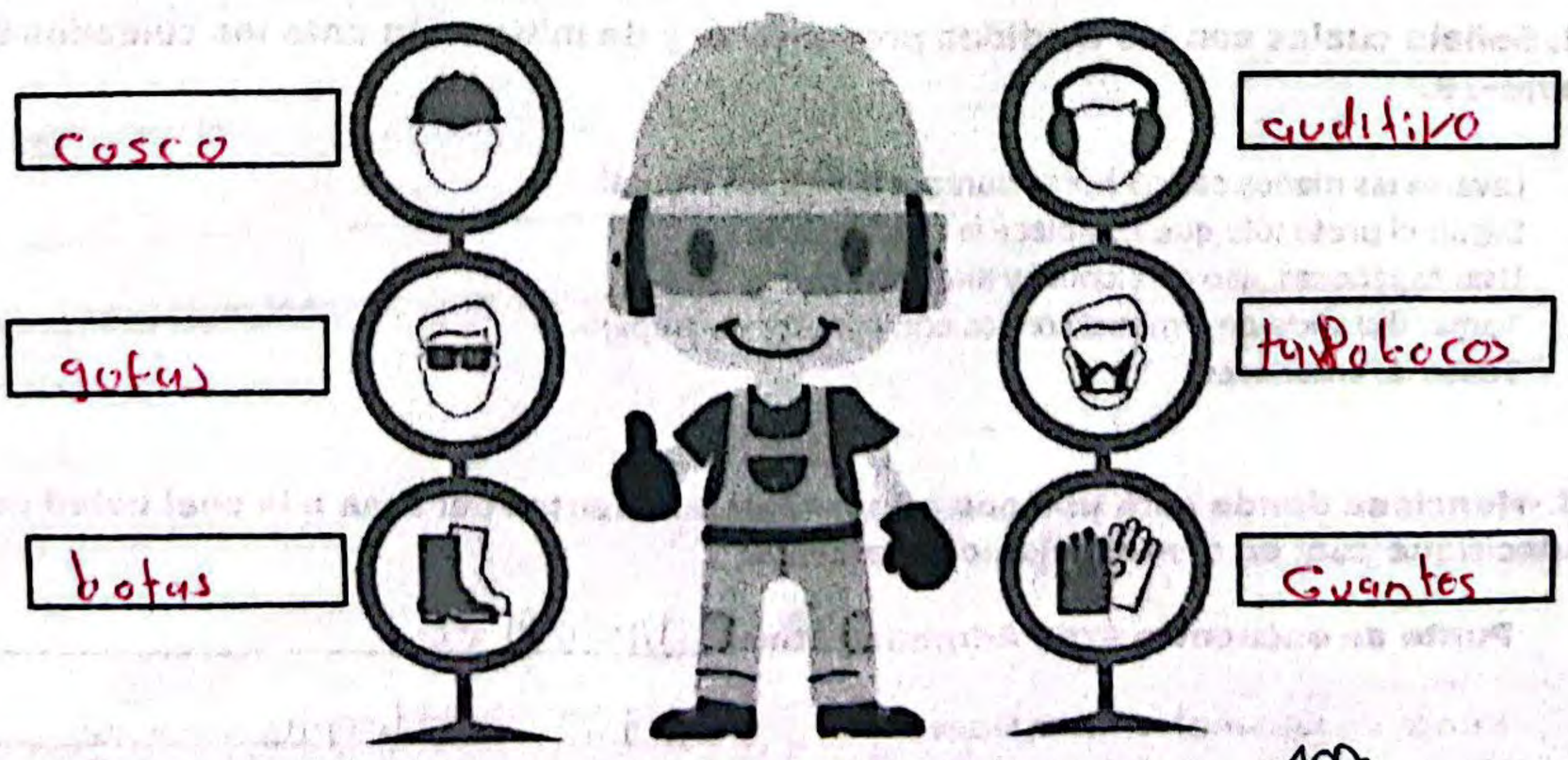
- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores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

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

casco

gafas

botas



auditivo

tapabocas

Guantes

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

Luis Sanabria
Firma del trabajador

cc. 79647479

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Luis Fdo. Sanabria **Fecha** 7 | 07 | 2023

Cargo: operario **Área:** operativa

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

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

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

Firma del Trabajador: Luis Sanabria

C.C: 79647479

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.
FECHA:	27 Oct 2023	TIEMPO	
CARGO:	Oficios	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	Luis Fdo Sanabria		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	79641474		

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

ELABORO Luis Fernández REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Inducción SST

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	X Inducción - Reinducción		X Seguridad Industrial		Gerencia- Direcciones Administrativos
	Capacitación Específica		X Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacros		X Medio Ambiente		Cuadrill / Brigadistas
	Entrenamiento		Tecnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Jose D. Obeso. FECHA: 17/01/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Yini Paola Jeronimo	1007624345	Aprendiz.
2	CARLOS DAVILLO	79387044	MAESTRO
3	Jean Red Rivero	1043366998	Auxiliar
4	Javier Alb	19910758	Soldador
5	Carlos A. Torres	80807271	Soldador
6	Yuri Barragan	1000316981	Ayudante
7	Jhon Ave. Valles	1263088?	Ayudante
8	Soiman Jose De Arco	1193037726	Ayudante
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

INSTRUCTOR

Firma Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Luis Carrillo **Fecha** 17 06 23

Cargo: Maestro de obra **Area:** Jose Joaquin Castro

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

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

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

Firma del Trabajador:

C.C: 79.327.046

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Fabian Lozano

Firma: Fabian Lozano

C.C: 1.022.958.693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Luis c ramirez

Fecha: 17-06-23 **Cargo:** operario

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

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

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

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

alcohol y drogas
los EPP
seguridad vial

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

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

Mencione dos representantes: sergio y oscar gusicio

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Energia | de Agua | manejo integral





15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



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

Firma del trabajador

cc. 79387044

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Inducción SST

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción / Reinducción	X	Seguridad Industrial		Personal Operativo Administrativo
	Capacitación Específica	X	Salud Ocupacional	✓	Trabajadores Temporales
	Simulacro	X	Medio Ambiente		Subcontratistas / Visitantes
	Entrenamiento		Técnicas Comerciales	X	Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: Sede J. Cortes. FECHA: 17/04/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Yini Paola Jeronimo	1007764345	Aprendiz.
2	Carlos Murillo	79327044	Maestro
3	Jonnatan Rivera	1144236498	Auxiliar
4	Jhonier Alb	79900758	Soldador
5	Carlos A. Rentas	80877271	Soldador
6	Nidia Barragan	1000376881	Aprendiz
7	Esneider Valdes	1263088?	Aprendiz
8	Jaiman Jose De Arco	1193037726	Ayudante
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

INSTRUCTOR

Firma Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Jean Raul Ruiz **Fecha** 17 06 23

Cargo: Auxiliar **Área:** Jose Joaquin castro

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

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

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

Firma del Trabajador 1063306998

C.C. Jean Raul R

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Jhon Fredy Pinzon

Firma:

C.C 1072.958693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Juan Raul Rivas

Fecha: 17/06/23 **Cargo:** Auxiliar

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

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

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

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

Alcohol y drogas

EPP

Seguridad vial

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

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

Mencione dos representantes: Sergio Navarrete y Oscar Guevara

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

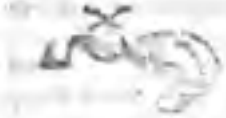
Powered by CamScanner

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

ahorro energia



ahorro agua



manejo integral de



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



100%

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

Jean Paul R

Firma del trabajador

cc. 1023766998

Powered by CamScanner

	ASISTENCIA A CAPACITACION	
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: inducción SST

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	X Inducción - Reinducción		X Seguridad Industrial		X Gerencia, Directores, Administradores
	Capacitación Específica		X Salud Ocupacional		X Trabajadores Operativos
	Simulacro		X Medio Ambiente		Operativos Logísticos
	Entrenamiento		Formación Calidad		X Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: La victoria FECHA: 05 / 23 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	FIRMA
1	-Juan Celis	1049449925	-Juan Celis
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR

Juan Escobar (11)

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Juan Celis **Fecha** 05 07 2023

Cargo: ayudante **Área:** victoria

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

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

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

Firma del Trabajador: Juan Celis

C.C: 1044a925

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Mary Luz Pinzón

Firma:

C.C: 1072488693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** ____

Nombre del trabajador: Wilson Celis

Fecha: 5-07-2023 **Cargo:** ayudante

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

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

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

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

PSP

HSEQ

SEGURIDAD VIAL

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

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

Mencione dos representantes: YERSON OSCAR G.

3- Señale los programas de Riesgo:

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

Powered by CamScanner

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** PARQUE
- **Punto de encuentro área Operativo:** PARQUE
- **Mecanismo de alarma:** SIRENA

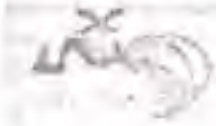
Powered by CamScanner

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

A AGUA ENERGIA



A. AGUA



RECICLAR RECICLAR



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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

CASCO

GAFAS

BOTAS



TAPABOCAS

TAPABOCAS

GUANTES

100%

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

Julian Celis

Firma del trabajador

cc. 1044444925

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
VERSIÓN 0001				
CARGO RESPONSABLE				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA	17/06/23	TIEMPO	9 meses	
CARGO	ALMACEN	CONTRATO	9017.23	
NOMBRE TRABAJADOR	JEAN RAUL P		JEAN RAUL K	
CEDULA CIUDADANIA N°	1023566118			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpeo de herramientas,
	VIBRACIÓN	X		Herramientas, retroexcavadora,
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Soldadura eléctrica, luz UV
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Llantas.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Ventilación natural y artificial
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Polvo, fibras, gases.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, soldadura.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Fuego, explosión
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano.
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Bacterias, hongos, virus.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Desinfección, limpieza.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Golpes, mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Llantas, oxicorte, gas
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Golpes, caídas, cortadura
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamiento,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación, golpes, cortes
	CARGA ESTÁTICA	X		Descargas eléctricas.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo repetitivo,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Caídas, golpes, tropiezos,
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, huecos.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, escaleras.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de pausas
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación jefe y trabajador
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Vientos fuertes, lluvias,
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal ajeno a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORÓ _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

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

FECHA	03/04/23	TIEMPO	1 año
CARGO	Aseo	CONTRATO	4037644
NOMBRE TRABAJADOR	Juan Cobi		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1 019 [illegible]995		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes uso de herramientas.
	VIBRACION	X		Vehículos, [illegible]
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta [illegible]
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Llantas.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación [illegible]
	VENTILACIÓN	X		Viento [illegible]
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Polvos, polen, [illegible]
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, [illegible]
FISICO QUIMICOS	INCENDIO	X		Todos generadores
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, [illegible]
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		[illegible]
MECANICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Golpes, mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Globos, [illegible]
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Bolsas, cajas, [illegible]
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación [illegible]
	CARGA ESTÁTICA	X		[illegible]
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		[illegible]
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo [illegible]
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		[illegible]
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, [illegible]
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		[illegible]
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de [illegible]
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación [illegible]
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		[illegible]
	DESLIZAMIENTOS	X		[illegible]
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO [signature] REVISO _____

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 0001		
CÓDIGO: REG-SST-023		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	17-06-23	TIEMPO CONTRATO	23 AÑOS
CARGO	maestro de obra		40 FIJO
NOMBRE TRABAJADOR	[illegible]		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	79.3[illegible]1044		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Utilización de herramientas
	VIBRACION	X		Herramientas, retroexcavadora
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Luz de soldar, luz UV.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Equipos.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Ingreso de tanques encerrados
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, tabaco, abono.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, [illegible]
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Fuego generalmente
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, oficinas, [illegible]
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Salpicaduras, [illegible]
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Golpes, [illegible]
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Pistolas, [illegible]
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Golpes, caídas, [illegible]
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamiento
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cables aéreos
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de [illegible]
	CARGA ESTÁTICA	X		[illegible]
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo repetitivo
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Falta de [illegible]
	CAIDAS A NIVEL	X		Escaleras, andamios.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Huecos, [illegible]
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de [illegible]
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación entre [illegible]
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Manifestaciones [illegible]
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO: [illegible] REVISO: _____

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: LUIS E CONTES **Fecha** 27 | 6 | 2023

Cargo: AYUDANTE **Área:** SAN CRISTOBAL - SEPG-B

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

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

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

Firma del Trabajador: LUIS E CONTES

C.C. 1133567?-

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: JUAN ESCOBAR

Firma:

C.C. 1010074234

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: LUIS E CORTES

Fecha: 6-27 2022 **Cargo:** AYUDANTE

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

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

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

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

C

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

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

Mencione dos representantes: OSCAR GUERRERO

JUAN PERREROS

3- Señale los programas de Riesgo:

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

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** ATRAS DEL COLEGIO
- **Mecanismo de alarma:** PITOS Y ALARMAS

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

AHORRO DE ENERGÍA



AHORRO DE AGUA



RECICLAR Y REUTILIZAR



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



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

Firma del trabajador

CC. 1133567 72 - ZIPA

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
VERSION 0001			
CODIGO HSEQ-F-193			
DOCUMENTO CONTROLADO			
FECHA	- 6 - 27 2023	TIEMPO	
CARGO	- AYUDANTE	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	- LUIS E CORTES		
IDENTIFICACIÓN C C N°	- 1137523		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	/		
	VIBRACION	/		
	RADIACIONES IONIZANTES	/		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	/		
	TEMPERATURAS EXTREMAS	/		
	PRESIONES ANORMALES	/		
	ILUMINACION	/		
	VENTILACION	/		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	/		
	LIQUIDOS	/		
	VAPORES Y GASES	/		
FISICO QUIMICOS	INCENDIO	/		
	EXPLOSION	/		
BIOLOGICOS	BACTERIAS	/		
	VIRUS - COVID-19	/		
	HONGOS	/		
MECANICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	/		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESION	/		
	MANIPULACION DE MATERIALES	/		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	/		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSION	/		
	BAJA TENSION	/		
	CARGA ESTATICA	/		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	/		
	CARGA DINAMICA	/		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	/		
	CAIDAS A NIVEL	/		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	/		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	/		
	RELACIONES HUMANAS	/		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	/		
	DESLIZAMIENTOS	/		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	/		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	/		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	/		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	/		
	COLISIONES			

ELABORO Julian Escobar

REVISO

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
VERSIÓN 0001			
CODIGO HSEQ-F-193			
DOCUMENTO CONTROLADO			
FECHA	22-06-23	TIEMPO	
CARGO	- AYUDA	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	- JHON FREDY [illegible]		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	- 1010[illegible]602		

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

ELABORO Juan Escobar REVISO

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

Nombre del trabajador: Jhonfred Torres Nieto **Fecha** 22 | 06 | 2025

Cargo: Ayudante **Área:** San Cristobal Cedro

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

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

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

Firma del Trabajador: Jhon Fred Torres

C.C: 1010786296

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Julian Escobar

Firma:

C.C: 1019074234

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN + **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Juan Fredi torres Nieto

Fecha: 22 06 2023 **Cargo:** Aux tec

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

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

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

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

(

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

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

Mencione dos representantes: Oscar Jerrero

Juan pedreros

3- Señale los programas de Riesgo:

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

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

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

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

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

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

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

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

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

8. ¿Accidente de trabajo es?

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

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** afuera del colegio
- **Mecanismo de alarma:** pitos y alarmas

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

Ahorro de energia



Ahorro de agua



Reciclaje y reutiliza



15.-Señale si es falso o verdadero:

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

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



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

Juan Fredi Tomer

Firma del trabajador

cc. 1010186292

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 14/04/2023

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

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Akram Mackenzie	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Akiram MacKenzie castillo Rios Cédula: 1124071607
Cargo: Asistente de obra Fecha: 19/04/2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

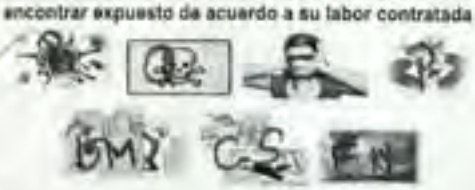
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores X

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

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

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

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



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

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

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

AIKA HUMANA NIT 900.801.942-5

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

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

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

Nombre: [illegible] Cédula: [illegible]
Cargo: Aplicante Fecha: 24-6-2021
Firma: [illegible]

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción: [illegible]

AIKA HUMANA
DIEGO ARMANDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 21-6-2023

Yo Alvaro Fernandez identificado con cedula de ciudadanía No 1082475354 expedida en Guaimaral Magdalena, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador		Datos de quien realiza la inducción/re-inducción	
Nombre:	Alvaro Fernandez	Nombre:	
Cargo:	Aprendiz	Cargo:	AIKA HUMANA DIEGO ARMANDO GAONA DIRECTOR GENERAL
Firma:	Alvaro Fernandez	Firma:	

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

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: _____

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

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Andres Felipe Rodriguez Cédula: 1000213615
Cargo: Ayudante 1 Fecha: 9 05 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Yo Andrel Danilo cabala Quiceno identificado con cedula de ciudadanía No 1120792369 expedida en 21/08/2015 Granada meta, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fuí contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Andrel Danilo cabala Quiceno	Nombre: Camila Anaya
Cargo: oficial de obra	Cargo: Coord talento H
Firma: Andrel cabala	Firma:

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

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

Nombre: Andrel David Cabeza Arroyo **Cédula:** 1126 382369
Cargo: Aux de obra **Fecha:** 30/05/2023
Firma: Andrel Cabeza

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS **Calificación:** 10
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS **Responsable Inducción:**

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

Nombre: Arnold Hurtado Hernandez **Cédula:** 1075178806
Cargo: oficial de mantenimiento **Fecha:** 23-06-2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

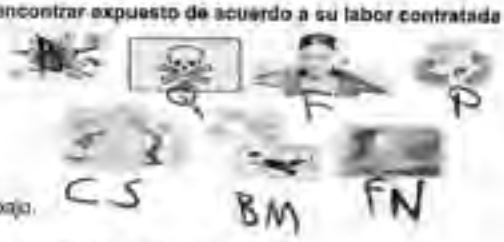
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores ✓

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: 5
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA EST S.A.S.
DIEGO ARMANDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

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

INDUCCIÓN ☐ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 23-06-2023

Yo Arnold Hurtado identificado con cedula de ciudadanía No 1040592206 expedida en Girardot, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Arnold Hurtado	Nombre:
Cargo: Oficial de mantenimiento	Cargo:
Firma:	Firma: AIKA HUMANA SAS NIT 901.191.942-5 DIEGO ARMANDO GAONA DIRECTOR GENERAL

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

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 28/04/2023

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

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Arthur Algarin Cal
Cargo: Oficial Electrico
Cédula: 8013048[illegible]
Fecha: 28 [illegible] 04 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

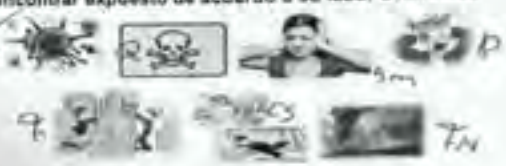
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores ✓

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

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

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

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



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

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

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

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS	**Calificación:**
(D) REPROBÓ CON 8 O (-) PREGUNTAS	**Responsable Inducción:**

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: _____

Yo Brayan David castañeda D. identificado con cedula de ciudadanía No 1026305243 expedida en Bogota D.C., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Brayan castañeda	Nombre: Camila Ante
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: BRAN	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Bryan castañeda Cédula: 1026305293
Cargo: Aydante de obra Fecha: 04/05/23
Firma: BRYAN

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

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

Nombre: Camilo Andres Castiblanco Gallego Cédula: 1.023968166
Cargo: Auxiliar de obra Fecha: 19-05-2023
Firma: Camilo Castiblanco

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: A
Responsable Inducción:

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 18-05-2021

Yo Camilo Andres Castiblanco D. identificado con cedula de ciudadanía No 1073685686 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

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

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: _____

Yo Crispin ordez S.P. identificado con cedula de ciudadanía No 11.936.574 expedida en condoto choco, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Crispin ordez S.P.	Nombre: Camila Arag
Cargo: oficial de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Crispin S.P.	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Cristian d. S. Poca Cédula: 1.936.574
Cargo: oficial de obra Fecha: 27-04-2023
Firma: Cristian sanchez

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

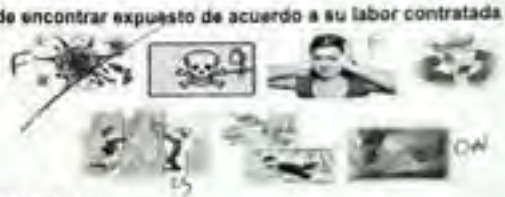
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores X

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: A
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 13-04-23

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

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Cristian Camilo Castillo Cédula: 1023903209
Cargo: Asesor Fecha: 13 9 23
Firma: Cristian Castillo

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: A
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
NIT 900.801.942-5

Powered by CamScanner

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

Nombre: Cristian Hernández L **Cédula:** 1006618831
Cargo: Ayudar de construcción **Fecha:** 16/06/19
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
DIEGO ARMANDO CADENA
DIRECTOR GENERAL

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

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

Yo Cristian David Hernández Arenas identificado con cedula de ciudadania No 1000688832 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Cristian Hernández	Nombre:
Cargo: Auxiliar de construcción	Cargo: AIKA HUMANA SOMOS MÁS 24/7 DIEGO ARMANDO GAONA DIRECTOR GENERAL
Firma: Cristian Hernández	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

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

Nombre: Daniel Carmona Cabrera Cédula: 1088312099
Cargo: Ayudante C Fecha: 07 04 2023
Firma: Daniel Carmona Cabrera

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: _____
Responsable Inducción: _____

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: _____

Yo Daniel Carmona Capera identificado con cedula de ciudadanía No 1108854049 expedida en Ataco Tolima, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Daniel Carmona Capera	Nombre: Camila Anta
Cargo: Ayudante	Cargo: Coord Sohon H
Firma: Daniel Carmona Capera	Firma: Camila

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

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 29/Abril/2023

Yo Delvis Rodriguez Morales identificado con cedula de ciudadania No 1004521366 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Delvis Rodriguez	Nombre: Camila Anta
Cargo: Ayudante	Cargo: Coord Gestion
Firma:	Firma:

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

Powered by CamScanner

III

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

Nombre: Dayis Rodriguez Kerli Cédula: 1004521366
Cargo: Aux. Aseo Fecha: 23 Oct 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

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

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

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

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Fabian ortizcano	Nombre: Camila Ame
Cargo: aydante	Cargo: Coord Sahon H
Firma: Fabian	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Fabian Cédula: 1057643019
Cargo: aydante Fecha: 28 dic 2023
Firma: Fabian

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

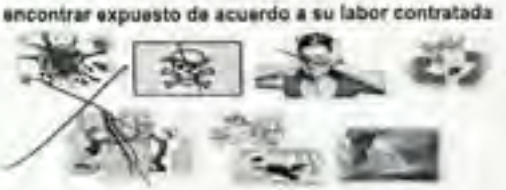
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: _____

Yo Fernando Vargas Hernández identificado con cedula de ciudadanía No 80137985 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Fernando Vargas	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Oficial Electrico	Cargo: Coord Gestion 1
Firma:	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

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

Nombre: Fernando Vargas H. Cédula: 80137985
Cargo: Oficial Electrico Fecha:
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

Peligro Biologico	B	Peligro biomecánico	BM
Peligro Quimico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Fisico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

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

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

Yo Gerardo Lizarazo Ordoñez identificado con cedula de ciudadania No 1749150681 expedida en Tejanicas, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Gerardo Lizarazo Ordoñez	Nombre: Camila Anza
Cargo: Maestro	Cargo: Coord Gestion H
Firma: GERARDO LIZARAZO. O 1749150681	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Gerardo Lizarazo Ordoñez Cédula: 1749508?
Cargo: Electric. Fecha: 12 Oct 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

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

Nombre: [illegible] Cédula: [illegible]
Cargo: [illegible] Fecha: [illegible]
Firma: [illegible]

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de Compensación Familiar?
ARL: [illegible] CCF: [illegible]

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

Calificación: [illegible]
Responsable Inducción: [illegible]

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

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] Fecha: 12-02-2019

Yo Ivan Julieth Herrera Diaz identificado con cedula de ciudadanía No 1.193.212.917 expedida en Cumaral, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Ivan Julieth Herrera Diaz	Nombre: Camila Ortiz
Cargo: Auxiliar	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

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

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

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 20/04/2023

Yo Yaime Luis Bickson Gowan identificado con cedula de ciudadanía No 1064979344 expedida en Montería Cordoba, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Yaime Luis	Nombre: Camilo Anta
Cargo: PCHEIDRATE	Cargo: Coor Gestion A
Firma: Yaime Luis	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Jaimelwis Dickson Serman Cédula: 1064747347
Cargo: RECURSOS Fecha: 10 08 2023
Firma: Jaimelwis

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
NIT. 900.801.942-5

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: _____

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

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Jeisson Sanchez.	Nombre: Camila Ariza
Cargo: OFICIAL	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Jeisson S.	Firma:

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Jeisson Sanchez. Cédula: 1024557705
Cargo: OFICIAL Fecha: 17/01/2023
Firma: Jeisson S.

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

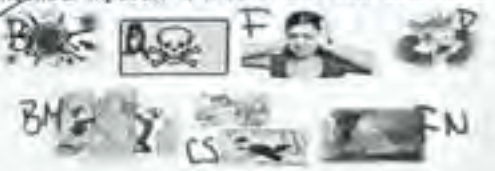
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X) Todas las anteriores

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

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

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

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



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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 24/6/2023

Yo Jesus Andres identificado con cedula de ciudadanía No 1002095056 expedida en Repelon Atlantico, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Jesus Andres	Nombre:
Cargo: Ayudante de obra	Cargo:
Firma: Jesus A Ortega	Firma: AIKA HUMANA DIEGO ARMANDO GAONA DIRECTOR GENERAL

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

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

Nombre: Jesus Andres Ortega Arias **Cédula:** 1007 095 056
Cargo: **Fecha:** 24/6/2023
Firma: Jesus Ortega

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

Peligro Biológico	B	Peligro Biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de Seguridad	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturales	FN
Peligro Psicosocial	P		



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
DIEGO ARMANDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

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

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

Yo Thallen Sebastian Sarria Ramirez identificado con cedula de ciudadanía No 1682 323604 expedida en Santander de Quilichao, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Stallen Sebastian Sossa Bucines Cédula: 1062.323.601
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 14-04-2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

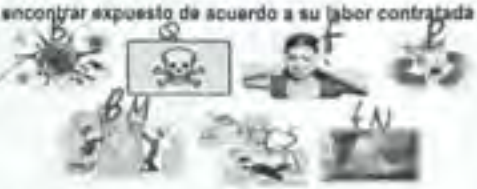
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
[X] Todas las anteriores

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA NIT 900.501.942-3

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☑ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 13042023

Yo Johan Nicolas Tenza Melo identificado con cedula de ciudadanía No 1002729091 expedida en Bogota d.c., declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Johan Nicolas Tenza Cédula: 1007273041
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 13-04-23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 13/04/2022

Yo Jhon steven Toro cayus identificado con cedula de ciudadania No 1023952618 expedida en Bogota D.C, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

Powered by CamScanner

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

Nombre: Jhon steven Torres Cano
Cargo: Ayudante de obra
Cédula: 1037972618
Fecha: 29/12/2018
Firma: Jhon steven Torres C

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

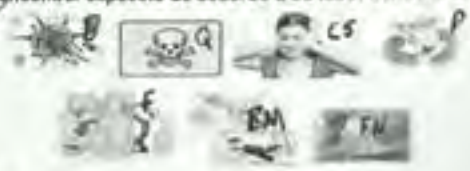
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo
c) Cumplir el horario de trabajo
X d) Todas las anteriores

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANAS NIT. 900.361.942-5

Powered by CamScanner

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

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

Yo Jorge Luis Rodriguez identificado con cedula de ciudadanía No 73550609 expedida en Carmen de Bolívar declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

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

Nombre: Jenyer Liz Padaguet Cédula: 1355 0649
Cargo: aseo Fecha: 06-06-23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Calificación: _____
Responsable Inducción: _____

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

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 04/05/2023

Yo Jose David Santana Hernandez identificado con cedula de ciudadanía No 1007964327 expedida en Cartagena, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

Powered by CamScanner

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

Nombre: José David Sanjuan Hernandez Cédula: 1007964327
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 04/05/2023
Firma: José David Sanjuan

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Yo José Raul Hernandez identificado con cedula de ciudadanía No 79502716 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



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

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

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

Nombre: Raul Hernandez Cédula: 79547116
Cargo: Oficial obra Fecha: Mayo 5/23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SST6 (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

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

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

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



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

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

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

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

Calificación:
Responsable Inducción:

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

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 06-07-2023

Yo Juan Jose Rodrigue identificado con cedula de ciudadanía No 1064320760 expedida en Chiniganá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

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

Responsabilidades con el SG-SST:

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



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Juan Jose Rodrigue	Nombre:
Cargo: Aprendiz SST	Cargo:
Firma:	Firma: AIKA HUMANA DIEGO ARMANDO GAONA DIRECTOR GENERAL

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

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

Nombre: Juan Jose Rodiguez Cédula: 1062817662
Cargo: Analista SST Fecha: 06-07-2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

Peligro Biológico	X	Peligro biomecánico	X
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	SC
Peligro Físico	X	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	X		



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

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

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura ✓ CCF: ✓ Cafam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación: 11
Responsable inducción:

AIKA HUMANA
DIEGO ARMANDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Julionesqui Contreras Cédula: 1044738...
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 08 05 23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal. ✓

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que va a laborar en misión?
Empleador: AIKA Empresa Cliente: Comet

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores ✓

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores ✓

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia ✓

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores ✓

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se pueda encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS ✓
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación. ✓
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ✓
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: Cafam

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación: A
Responsable Inducción:

AIKA	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 08-05-23

Yo Contreras Garcr. Julio Cesar identificado con cedula de ciudadanía No 19447366 expedida en _____, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Julio Contreras	Nombre: Camila Ortiz
Cargo: Ayudante obra	Cargo: Coord Gestion Humana
Firma:	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** _____

Yo Julio Duarte Ortiz identificado con cedula de ciudadanía No _____ expedida en _____, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Julio Duarte Ortiz	Nombre: Camila Arias
Cargo: auxiliar	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Julio Duarte Ortiz	Firma: Camila
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA Humana EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Julio Duarte Ortiz Cédula: 1942411886 Bta
Cargo: Axiliar Fecha: DD MM AAAA
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aika Humana Empresa Cliente: Comnet

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe Inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Cafam.

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción: AIKA HUMANA NIT 900.507.942-5

Powered by CamScanner

AIKA	**ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST**	**FR-SST-21**
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 09-05-2023

Yo Leonardo Godoy Valencia identificado con cedula de ciudadanía No 1065959630 5 expedida en Fusagasuga Cundinamarca declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fuí contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento Interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar Información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Leonardo Godoy	Nombre: Camila Anta
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Leonardo G.	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Leonardo Godoy Palencia Cédula: 1067596705
Cargo: Ayudante de obra Fecha: 09-05-2023
Firma: Leonardo G.

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmedato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Colmena CCF: Compensar

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN [X] **REINDUCCIÓN** [ ] **Fecha:** _____

Yo Luis Fernando Noreña Medina identificado con cedula de ciudadanía No 1.020.[illegible]39 expedida en Bogotá D.C, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, Inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador		Datos de quien realiza la inducción/re-inducción	
Nombre:	Luis Fernando Noreña	Nombre:	Camila Ariza
Cargo:	Auxiliar SST	Cargo:	Coord talento H
Firma:		Firma:	

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Jesus Fernando Moreno Medina **Cédula:** 1000[illegible]
Cargo: Auxiliar SST **Fecha:** 16 Enero 2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que va a laborar en misión?
Empleador: AIKA Empresa Cliente: Cremer

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestion Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Repertar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro Biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: SURA CCF: COMFAMA

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS	**Calificación:**
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS	**Responsable Inducción:**

AIKA	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN [x] **REINDUCCIÓN** [ ] **Fecha:** 25-04-2023

Yo Luis Carlos Gomez Pacheco identificado con cedula de ciudadania No 1043563737 expedida en Barranquilla Atlantico, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Luis Carlos Gomez Pacheco	Nombre: Camila Arter
Cargo: oficial de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Luis Carlos	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL

Powered by CamScanner

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Luis Carlos Gomez Burbano Cédula: 1043585737
Cargo: oficial de obra Fecha: 25-04-2025
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
X a) Producción de bienes y servicios
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aika Humana Empresa Cliente: Aika Humana.

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SST (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al inspector de Seguridad y salud en el Trabajo
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso
X c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Colmena CCF: Colsubsidio

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

AIKA Humana	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 15 - Abril - 23

Yo Omar Yair Clemente Vasquez identificado con cedula de ciudadanía No 1003612710 expedida en montos cordoba, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Omar Yair Clemente	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Oficial	Cargo: Coord Gestion H
Firma: O. Clemente	Firma:
Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.	

Powered by CamScanner

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Omar Jair Clemente Vasquez Cédula: 1003102740
Cargo: Oficial Fecha: 15-04-2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Aika Empresa Cliente: Consu

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X Todas las anteriores

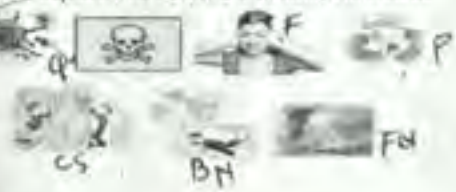
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estánderes de seguirldad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
X Informar de manera verbal al inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Sura CCF: Porvenir

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
NIT: 900.901.942-5

Powered by CamScanner

AIKA	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 14/04/2023

Yo Rigoberto Martinez identificado con cedula de ciudadanía No 1033815601 expedida en Bogota, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Rigoberto Martinez	Nombre: Camila Anza
Cargo: Oficial	Cargo: Coord Gestion H
Firma: Rigoberto M	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

Powered by CamScanner

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Rigoberto Martinez Cédula: 1033815691
Cargo: oficial Fecha: 14/04/2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
X Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
X Todas las anteriores

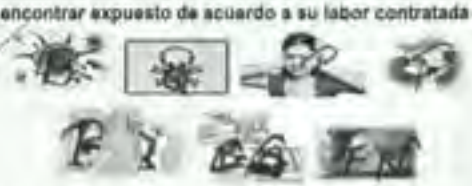
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
X Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
X Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SST/A (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
X Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
X Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
X B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Colpatria CCF: Colsubsidio

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación: A
Responsable Inducción: AIKA HUMANA 901.042.5

Powered by CamScanner

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Sebastian Bedoya Bedoya **Cédula:** 1004699276
Cargo: Auxiliar de obra **Fecha:** 24 06 2023
Firma: Sebastián Bedoya

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: _____ Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de firmar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: _____ CCF: _____

(A) APROBÓ CON 7 Ó (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 Ó (-) PREGUNTAS

Calificación: A

Responsable Inducción: AIKA HUMANA EST S.A.S
DIEGO ARMANDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 24-06-2023

Yo Sebastian Bedoya Bedoya identificado con cedula de ciudadanía No 1004699276 expedida en Mistrato Risaralda, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Politica y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Politica de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Sebastian Bedoya B.	Nombre:
Cargo: Auxiliar de obra	Cargo:
Firma: Sebastian Bedoya	Firma: AIKA HUMANA NIT 901.041.942-5 DIEGO ARMANDO GAONA DIRECTOR GENERAL

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

AIKA	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ REINDUCCIÓN ☐ Fecha: 29 Mo. 23

Yo Vivian Rocio Castro Castro identificado con cedula de ciudadanía No 1072330947 expedida en Bogotá, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: Vivian Rocio Castro	Nombre: Camila Ariza
Cargo: Residente de obra	Cargo: Coord Gestion H
Firma:	Firma:

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL

Powered by CamScanner

AIKA HUMANA EST	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: Ulian Rocio Castro Cédula: 1022330907.
Cargo: Residente obra Fecha: 29 04 23
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: Global Empresa Cliente: X

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
d) Todas las anteriores

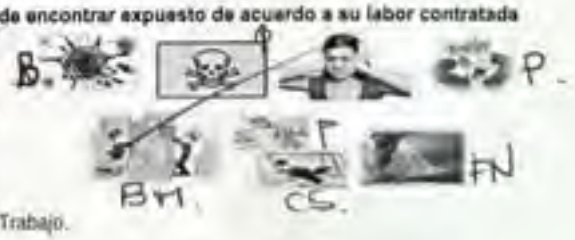
4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SST A (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biológico	B	Peligro bomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al inspector de Seguridad y Salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: CCF:

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación:
Responsable Inducción:

Powered by CamScanner

	ACTA DIVULGACIÓN INDUCCION Y REINDUCCION SST	FR-SST-21
		Versión: 1
		Enero 2019

INDUCCIÓN ☒ **REINDUCCIÓN** ☐ **Fecha:** 28/06/2022

Yo William Giraldo Madrid identificado con cedula de ciudadanía No 1.144.158.659 expedida en Cartagena Bolivar, declaro de manera libre y espontánea que recibí por parte de la empresa AIKA HUMANA EST SAS, inducción y/o re-inducción con los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo indicados en la presente acta y que por lo mismo mi compromiso es cumplir con todas las normas y responsabilidades del SG-SST con la intensión de garantizar el correcto desempeño de las labores para las cuales fui contratado(a).

Temas tratados en la Inducción o Reinducción:

- ✓ Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas
- ✓ Reglamento interno de trabajo e Higiene Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Identificación de peligros y riesgos asociados a la labor
- ✓ Actos y condiciones inseguras, incidentes y accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Procedimiento para el reporte de Accidentes de Trabajo
- ✓ Prevención de accidente de trabajo y enfermedades laborales
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
- ✓ Comité de Convivencia Laboral (CCL)
- ✓ Deberes y derechos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo

Responsabilidades con el SG-SST:

1. Procurar el cuidado integral de su salud
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



Datos del trabajador	Datos de quien realiza la inducción/re-inducción
Nombre: William Giraldo Madrid	Nombre:
Cargo: Oficial	Cargo:
Firma: William G M.	Firma:

AIKA HUMANA
DIEGO EDUARDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

Observaciones: El presente formato se anexa a la hoja de vida del trabajador, como evidencia que de manera previa al inicio de sus labores, recibió inducción en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluyendo la identificación y el control de peligros y riesgos en el trabajo y la prevención de ATEL.

AIKA	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN	FR-SST-04
		Versión: 1
		Enero 2019

Nombre: William Ayala Madrid Cédula: 1.143.358.654
Cargo: oficios Fecha: 29/05/2023
Firma:

Marque con una X la opción que corresponda.

1. ¿Cuál es la actividad principal de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Producción de bienes y servicios.
b) Mercadeo y Marketing
c) Hotelería y Turismo
(d) Administración, selección, nómina y desarrollo del personal.

2. ¿Cómo se llama su empleador? y ¿Cómo se llama la empresa cliente en la que vá a laborar en misión?
Empleador: AiKa Humanas Empresa Cliente: _____

3. ¿Cuáles son mis derechos como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Derecho a un salario por la prestación del servicio
b) Recibir inmédiatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.
c) Disponer de los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
(d) Todas las anteriores

4. ¿Cuáles son mis deberes como trabajador de AIKA HUMANA EST S.A.S ?
a) Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados.
b) Seguir los protocolos y estándares de seguridad y salud en el trabajo.
c) Cumplir el horario de trabajo
(d) Todas las anteriores

5. ¿Cuál es el procedimiento para reportar un accidente de Trabajo?
(a) Reporte a su Jefe inmediato, al inspector SSTA (si aplica) y/o Departamento de Gestión Humana
b) Reporte a su compañero de trabajo y al mensajero
c) Reporte a la ARL y al portero de la empresa.
d) Reportar el accidente de trabajo una semana después de la ocurrencia

6. ¿Adquiero los siguientes compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?
a) Asistir y participar en procesos de inducción, reinducción y capacitaciones
b) Reportar los accidentes e incidentes de trabajo que se presenten en mi jornada laboral.
c) Informar sobre mi estado de salud.
(d) Todas las anteriores

7. Sobre la imagen coloque letra de los peligros a los que se puede encontrar expuesto de acuerdo a su labor contratada

Peligro Biologico	B	Peligro biomecánico	BM
Peligro Químico	Q	Condiciones de segu	CS
Peligro Físico	F	Fenómenos Naturale	FN
Peligro Psicosocial	P		



8. ¿Cuál es el procedimiento para pedir un permiso?
a) Informar de manera verbal al Inspector de Seguridad y salud en el Trabajo.
b) Informar al jefe inmediato después de tomar el permiso.
(c) Diligenciar el formato de solicitud de permiso, informar al jefe inmediato y solicitar firma de aprobación.
d) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuáles son las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de de AIKA HUMANA EST S.A.S?
a) Política ambiental, seguridad, seguridad vial, prevención consumo bebidas gaseosas
b) Política de seguridad y salud en el trabajo, ambiental, prevención consumo del alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
c) Política prevención acoso laboral, política de seguridad vial
(d) B y C son correctas

10. ¿Cuál es su Administradora de Riesgos Laborales (ARL)? ¿Cuál es su Caja de compensación Familiar?
ARL: Positiva CCF: Compensar

(A) APROBÓ CON 7 O (+) PREGUNTAS
(D) REPROBÓ CON 6 O (-) PREGUNTAS

Calificación: 8
Responsable Inducción:

AIKA HUMANA
DIEGO ARMANDO GAONA
DIRECTOR GENERAL

ANEXO SST-14. EXÁMENES MÉDICOS CONTRATISTA

IPS. DIAGNOSTICO EMPRESARIAL OCUPACIONAL S.A.S
Licencia salud ocupacional
N° 6288 07/2019



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución N° 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO	CIUDAD Y FECHA REALIZACION DEL EXAMEN	DD	MM	AAAA
CONSTRUCCIONES DFL SAS	BOGOTA	10	2	2023

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACION			
JEAN CARLOS PARRA GOMEZ						TIPO	C.C.	1090180956	
FECHA DE NACIMIENTO	23/10/1990	EDAD	32	AÑOS	SEXO	MASCULINO	X	FEMENINO	

CARGO	EPS	ARL
AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	
REINTEGRO LABORAL		POST INCAPACIDAD		REUBICACION	

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	MANEJO DE VOZ	
RESPIRATORIO		ESPIROMETRIA		OSTEOMUSCULAR	X
PSICOSENSOMETRICO		LABORATORIOS	X	OTRO	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
MANTENER SU PESO	HIGIENE POSTURAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	DIETA BALANCEADA
CONTROL ANUAL POR MEDICINA GENERAL POR SU EPS	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	ACTIVIDAD FISICA MINIMO 20 MIN AL DIA

NOTA : Paciente que al momento de la consulta no presenta sintomatologia asociada con COVID 19 en los ultimos 15 dias ni a estado en contacto estrecho con personas sospechosas o confirmadas de COVID 19, según la circular 030 del 2020.

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS	X	NO APTO PARA ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico 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 medico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado, finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacio en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Dr. GINA MARIETTA REYES SALGUERO
CC. 52709646
L.S.O 6336/2013

FIRMA DEL TRABAJADOR
JEAN CARLOS PARRA GOMEZ
C.C. 1090180956

CALLE 31 Sur. N°69 -63. Tel: 7069504 CEL 318 274 48 95. BOGOTA D.C.
Email: diagnosticocupacional@gmail.com
www.diagnostico empresarial ocupacional S.A.S

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.898

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	08 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES DFL SAS	CONSTRUCCIONES DFL SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LUQUE BENAVIDES DIEGO FERNANDO	MASCULINO	37 AÑOS 6 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	80283807 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**
PRESENTA ALTERACIONES AL ÉNFASIS OSTEMUSCULAR	**NO**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL		
CONTROL CON PERFIL LIPIDICO EN TRES MESES		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
X367D1J10898

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LUQUE BENAVIDES DIEGO FERNANDO

CC: 80283807

IPS. DIAGNOSTICO EMPRESARIAL OCUPACIONAL S.A.S
Licencia salud ocupacional
N° 6288 07/2019



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución N° 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO	CIUDAD Y FECHA REALIZACION DEL EXAMEN			
		DD	MM	AAAA
CONSTRUCCIONES DFL SAS	BOGOTA	28	1	2023

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACION			
DUVAN FELIPE LUQUE CASTRO						TIPO	C.C.	1077975089	
FECHA DE NACIMIENTO	29/05/1997	EDAD	25	AÑOS	SEXO	MASCULINO	X	FEMENINO	

CARGO	EPS	ARL
AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO		PERIODICO	X	EGRESO	
REINTEGRO LABORAL		POST INCAPACIDAD		REUBICACION	

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	MANEJO DE VOZ	
RESPIRATORIO		ESPIROMETRIA		OSTEOMUSCULAR	X
PSICOSENSOMETRICO		LABORATORIOS	X	OTRO	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
BAJAR DE PESO	HIGIENE POSTURAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR OPTOMETRIA POR SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	DIETA BAJA EN HARINAS, GRASAS Y AZUCAR
VALORACION POR MEDICINA GENERAL (HERNIA UMBILICAL)	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MIN AL DIA
	NO LEVANTAR PESO SUPERIOR A 10KG	

NOTA : Paciente que al momento de la consulta no presenta sintomatologia asociada con COVID 19 en los ultimos 15 dias ni a estado en contacto estrecho con personas sospechosas o confirmadas de COVID 19, según la circular 030 del 2020.

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS	X	NO APTO PARA ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico 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 medico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado, finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacio en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Dr. GINA MARIETTA REYES SALGUERO
CC. 52709646
L.S.O 6336/2013

FIRMA DEL TRABAJADOR
DUVAN FELIPE LUQUE CASTRO
C.C. 1077975089

CALLE 31 Sur. N°69 -63. Tel: 7069504 CEL 318 274 48 95. BOGOTA D.C.
Email: diagnosticocupacional@gmail.com
www.diagnostico empresarial ocupacional S.A.S

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
UC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.305

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO ESPECIALIZADO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
GRACIA VELLOJIN ANIBAL ALBERTO	CC (Tipo)	1003026841 (Número)	05/05/1993	30 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**23/06/2023 07:33:34 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION. OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA OBESIDAD GRADO I, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
A136G1M41305

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: GRACIA VELLOJIN ANIBAL ALBERTO

CC: 1003026841

* ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
* TOMA DE MUESTRA
* LABORATORIO CLINICO
* MEDICINA GENERAL

* ELOGRAFIAS 3D Y 4D
* SALUD OCUPACIONAL
* PRUEBA DE EMBARAZO
* CONTROL PRENATAL

IPS

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JUNIO 2023		EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	JAVIER ANTONIO GONZALEZ CESPEDES			IDENTIFICACIÓN	80.880.058
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	06 – NOVIEMBRE – 1985	37 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1975
Especialista en Salud Ocupacional
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 04 DE JULIO 2023		EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS	ALIXANDER CASTILLO RONDON			IDENTIFICACIÓN	V- 5170304
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
CARACAS - VENEZUELA	25 DE MAYO- 1970	53 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19 190 760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.P. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.I.T.L.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Alixander Castillo

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 04 DE JULIO 2023		EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS	ALIXANDER CASTILLO RONDON			IDENTIFICACIÓN	V- 5170304
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
CARACAS - VENEZUELA	25 DE MAYO- 1970	53 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19 190 760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.P. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.I.T.L.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Alixander Castillo

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 23 DE JUNIO 2023			EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	ESTERVIN RAMON PARRA MENDEZ			IDENTIFICACIÓN	812948731081972
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
VENEZUELA-CARACAS	31 DE SEPTIEMBRE-1972	51 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19 150 76[illegible]
Médico Cirujano U.N. M. 1996
Especialista en Salud Ocupacional U.S.T.A.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Estervin P

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 23 DE JUNIO 2023		EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	POSINCAPACIDAD

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	GERMAN YESID MARTINEZ BRRANTES			IDENTIFICACIÓN	1.149.452.447
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	20 DE ENERO- 1998	25 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.M. 1976
Especialista en Salud Ocupacional U.I.S.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 04 DE JULIO 2023		EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	JULIAN JOSE MONTERO MORALES			IDENTIFICACIÓN	V-6160291
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
CARACAS - VENEZUELA	01 DE JUNIO- 1980	43 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.140.740 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4965
Especialista en Salud Ocupacional U.I.S.
Resol. 132 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Julian Montero

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 23 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	PEDRO JOSE MEDINA CARDOZO			IDENTIFICACIÓN	835051825042000
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
VENEZUELA-CARACAS	V25 DE ABRIL DEL -2000	23 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.I.S. 3886
Especialista en Salud Ocupacional U.I.T.L.
Resol 338 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Pedro Medina

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 23 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	PEDRO JOSE MEDINA CARDOZO			IDENTIFICACIÓN	835051825042000
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
VENEZUELA-CARACAS	V25 DE ABRIL DEL -2000	23 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.I.S. 3886
Especialista en Salud Ocupacional U.I.T.L.
Resol 338 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Pedro Medina

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 23 DE JUNIO 2023			EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S		
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	YIMI ANGEL QUIARO MORENO			IDENTIFICACIÓN	5631583
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
VENEZUELA-CARACAS	19 DE JUNIO- 1978	45 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19 191 760 bta
Médico Cirujano U. [illegible]
Especialista en Salud Ocupa[illegible]
Resol. 1216 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Yimi Angel Quiaro Moreno

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 23 DE JUNIO 2023		EMPRESA	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	POSINCAPACIDAD

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	GERMAN YESID MARTINEZ BRRANTES			IDENTIFICACIÓN	1.149.452.447
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	20 DE ENERO- 1998	25 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.M. 1976
Especialista en Salud Ocupacional U.I.S.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 24 DE JUNIO 2023				EMPRESA		HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	ALFER YESID HERNANDEZ LLORENTE			IDENTIFICACIÓN	1.065.372.757
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
MOMIL -CORDOBA	16 DE JULIO -2004	19 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. F.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional
Inscrito Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Alfer Hernandez Llorente

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrio Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 197116

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DIA	06 MES	2023 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S	**901653885-1**
Nombre de la empresa	**NIT**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HEMERSON ALEXIS VELASQUEZ FERNANDEZ	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 AÑOS	CC	1233510601
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

AYUDANTE DE ESTRUCTURA

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

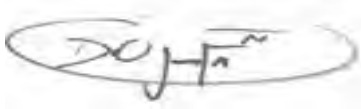
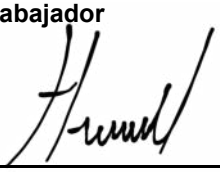
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	**Nombre:** **HEMERSON ALEXIS VELASQUEZ FERNANDEZ**
R. M.: 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST.	**CC :** 1233510601

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrio Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 197115

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DIA	06 MES	2023 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	**NIT**
D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S	**901653885-1**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
HERNAN GUSTAVO AREVALO VACA	MASCULINO	32 AÑOS	CC (Tipo)	1023898948 (Número)

Cargo

ARMADOR

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

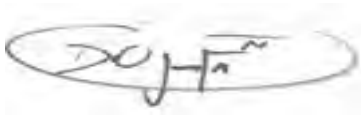
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	**Nombre:** **HERNAN GUSTAVO AREVALO VACA**
R. M.: 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST.	**CC :** 1023898948

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrio Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 197114

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DIA	06 MES	2023 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	**NIT**
D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S	**901653885-1**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JOHN JORGE CASTRO MORA	MASCULINO	36 AÑOS	CC (Tipo)	1013590551 (Número)

Cargo

SOLDADOR

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

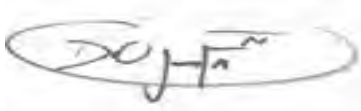
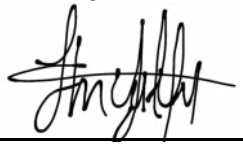
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

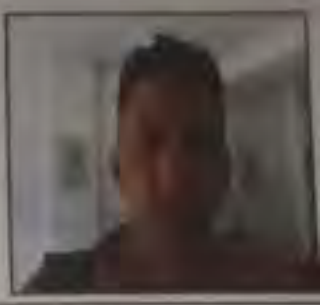
1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	**Nombre:** **JOHN JORGE CASTRO MORA**
R. M.: 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST.	**CC :** 1013590551

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 9-jun.-2023 **HORA** 10:37:37
EMPRESA Vidriería Mar De Cristal Nit: 901.365.771-5
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Camilo Alonso Ramirez Romero
Edad 52 años 11 meses 3 dias
Documento de Identificación: CC Número: 80419842
Cargo: INSTALADOR

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO // NO ALTURAS

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Aptitud Específica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso de protección auditiva

Optometria
Vision Lejana: PACIENTE PUEDE LABORAR EN PISO, APLAZADO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS HASTA PRESENTAR CORRECCION VISUAL. REMITIR A SU EPS CON OPTOMETRIA PARA FORMULA DE CORRECCION VISUAL
Vision Cercana: PACIENTE PUEDE LABORAR EN PISO, APLAZADO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS HASTA PRESENTAR CORRECCION VISUAL. REMITIR A SU EPS CON OPTOMETRIA PARA FORMULA DE CORRECCION VISUAL

LABORATORIO GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1/ Uso de EPP acordes a alturas. 2/ Mantener un peso adecuado corporal para trabajo en alturas. 3/ Autocuidado en actividad. 4/ Uso de elementos de seguridad acordes y verificar estado de elementos.5/ Realizar entrenamiento y capacitación en trabajo seguro en alturas según resolución 4272 de 2021. 6/ Mantener vacunación de adultos. 7/ No consumo de licor ni ninguna sustancia que altere el sistema nervioso 8/ Inspeccionar las herramientas periódicamente antes de utilizarlas registre e informe. 9 / Conocer la técnica adecuada para realizar acceso por cuerdas y asistir a las capacitaciones, entrenamiento y reentrenamiento de trabajo seguro en alturas. 10/ Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 11/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo, al igual que las condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 12/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada 16/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares

MEDICO: Normal OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISION A EPS?: SI, VALORACION POR OPTOMETRIA

Aplazado
PARA ALTURAS POR OPTOMETRIA

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM: SST3508-19-07-22 Lic SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Camilo Alonso Ramirez Romero
CC N°: 80419842

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JULIO 2023				EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	YESIR JOSE ANAYA CARRILLO			IDENTIFICACIÓN	1.045.169.273
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
CANDELARIA-ATLANTICO	23 DE SEPTIEMBRE-1999	24 AÑOS	M	A (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 1re Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Yesir Anaya

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 05 DE JULIO 2023		EMPRESA	SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	DIEGO MAURICIO ESTACIO CASTILLO			IDENTIFICACIÓN	1.033742.690
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTA- CUNDINAMARCA	02 DE FEBRERO-1992	31 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.
Resol. 134 SPC D.T.S. de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Diego estacio

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

457

NÚMERO
0000422617

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
NIL 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS FECHA 16/06/2023 12:40:37

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RUBEN HAMILTON LEON FRANCO C.C 1026562095

EDAD 33 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIOS VARIOS



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
USO DE MEDIAS ANTIVARICE / HIGIENE POSTURAL
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Ruben Leon F.

FIRMA DEL PACIENTE

Cédula Derecha

Ginna Marcela Prieto C.
MÉDICO CIRUJANO
RNEC 26 1152[illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JULIO 2023		EMPRESA	SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	NELSON ALEXANDER BUSTACARA BARRETO			IDENTIFICACIÓN	1.012.340.875
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	14 DE MARZO-1988	35 AÑOS	M	O (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 113 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Nelson Bustacara

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 30 DE JUNIO 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S		
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	JOSE VICENTE VARGAS SANABRIA			IDENTIFICACIÓN	79.051.415
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	29 DE MAYO-1968	55 AÑOS	M	A (POSITIVO)	OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.N.A.
Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

José Vicente Vargas

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 28 DE JUNIO 2023				EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS	JHON JAIRO GUERRERO APONTE			IDENTIFICACIÓN	1.001.168.448
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	14 DE AGOSTO -1996	27 AÑOS	M	A (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Sta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.I.E.
Resol. 134 Secretaría de Salud

Jhon Guerrero

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTÁ 08 DE JULIO 2023		EMPRESA	SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	CRISTIAN CAMILO ESTACIO CASTILLO			IDENTIFICACIÓN	1.007.540. 202
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTÁ (CUNDINAMARCA)	05 DE ABRIL.-1998	25 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO:	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA – CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

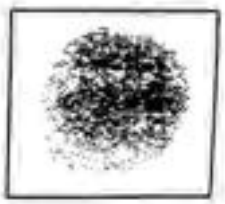
RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.I.T.I.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Cristian Estacio

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL – INGRESO

PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

MEDICENTER
NIT.41695865-5

TIPO DE CERTIFICACION	INGRESO x	PERIODICO	RETIRO	POST INCAPACIDAD	OCUPACIONAL
	CONTROL	REUBICACION	INGRESO SVE	TRABAJO EN ALTURAS	



DATOS DEL PACIENTE							
FECHA:	15/02/2023						
NOMBRE:	JOSE ABELARDO DUARTE TORRES			DOCUMENTO IDENTIDAD:	13993187		
EDAD:	41	PESO:	72KG	R.H.	O+	SEXO:	M
CARGO:	INSTALADOR		EMPRESA:	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS			

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS		
EXAMEN DE APTITUD DE TRABAJO EN ALTURAS	OXIMETRIA : NORMAL 02 AMBIENTE	TRIGLICERIDOS: NORMAL
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA : NORMAL	COLESTEROL: NORMAL	EXPIROMETRIA: NORMAL
AUDIOMETRIA: NORMAL	OPTOMETRIA: NORMAL	OSTEOMUSCULAR: NORMAL

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO SIN LIMITACIONES		
RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
REUBICACION LABORAL TEMPORAL		
REUBICACION LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
ENFERMEDAD PROFESIONAL		
ACCIDENTES DE TRABAJO		
ENFERMEDAD COMUN		

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	x	
APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	x	
APTO PARA REQUERIMIENTO AL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	x	
APLAZADO		
APTO CON RESTRIGCION		
APTO		
NO APTO		
CONCEPTO :	APTO PARA EL CARGO. SIN NINGUNA RESTRICCION	

RECOMENDACIONES	
CONTROL EPS	SI
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	SI
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	SI

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES, PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

Irina Ortiz Herrera
MÉDICO OCUPACIONAL
REG 21967
LIC 275

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Jose A Duarte

CC No.

HUELLA

CALLE 80. 72-85 TELEFONO: 3228034642
ipsmedicenter@gmail.com

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72116178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 27 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2807/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
02/05/2023	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: DIBIER JONNATHAN | Apellidos: RUIZ SERRANO

Razón social: **COLFIBRAS** | Cel./ar: 3114847348



Dirección: B/ FLORIDA BLANCA | C.C: 1.022.351.126 | G.S RH O+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años	EPS: COMPENSAR	
Masculino☒ Femenino ☐	09/07/1988	34	ARL: POSITIVA	AFP: COLFONDOS

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
02/05/2023	COORDINADOR DE ALTURAS	CONSTRUCCION	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometria, audiometria, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometria.

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (la la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento, El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí, en estos exámenes están completas y son veridicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologías que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
- ☐Capacitación según matriz de riego y peligros
- ☑Higiene postural
- ☑Higiene biomédica integral
- ☑Pausas activas laborales
- ☑Uso de los EPP
- ☐Cultura de autocuidado

Medicas
- ☐Valoración por optometría
- ☐Valoración por medicina general EPS
- ☐Valoración por ARL
- ☐Valoración por medicina laboral
- ☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
- ☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
- ☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☐SVE Cardiovascular
- ☐SVE en salud visual
- ☐Corrección óptica permanente
- ☐SVE en salud respiratoria
- ☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
- ☑Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☑Énfasis en estiramientos integrales
- ☑Nutrición balanceada
- ☐Cesación de tabaquismo
- ☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

Dr. Rafael A. Gómez C. Especialista En Salud Ocupacional
Médico Cirujano
R.M. 2652-97 C.S.O. 2807 DE 2018
X
DR. Rafael Alberto Gomez Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X Jonnathan Ruiz Serrano
Paciente
C.C 1022351126

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1). Archiva este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcribe a continuación algunos apartes: "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que le genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador.
3). Este examen no reemplaza el realizado por Indemil para porte de armas.

UNION MEDICA DEL NORTE SAS
Nit. 800166536 - 0
Dirección: Calle 129 B No 92 B-09
Tel: (601)7438163 - (601)9156043

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/06/2023 20:23:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **WILZON RICARDO CRUZ ALDANA**

Cargo **FIBRA DE VIDRIO** Doc. Identidad **CC 79541204**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEO MUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ⊗	NO ○

1.CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES
2.DIETA Y EJERCICIO CONTROL POR NUTRICION EN SU EPS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra. Johanna M. Carrillo D.
M D Esp Salud Ocupacional
RM 52928483
LSO 13916
Johanna M Carrillo O

JOHANNA MILENA CARRILLO ORTIZ
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 52928483 RM: 8120/2006

Trabajador: WILZON RICARDO CRUZ ALDANA
CC 79541204
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000423159

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/06/2023 08:40:42

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JAIME EDUARDO CARDOZO ORDUZ **C.C** 79973421

EDAD 43 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
ALTURAS / ALTERACION VISUAL

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ OFTALMOLOGIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Jaime E. Cardozo

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000400599

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/02/2023 14:55:40

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JONATHAN CAMILO PULIDO GOMEZ **C.C** 1013636336

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

JOHAYAAO

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Avila
Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000421842

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 13/06/2023 11:24:16

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JORMAN JOSE DE ARCO MEJIA **C.C** 1193037728

EDAD 21 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

RESTRICCION TEMPORAL PARA LABORES EN ALTURAS / ALTERACION VISUAL
REQUIERE NUEVA VALORACION POR OPTOMETRIA CON CORRECCION OPTICA ADECUADA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA - OFTALMOLOGIA - ORTOPTICA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

JORMAN DE ARCO

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez P.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000423163

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/06/2023 08:45:08

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JULIO CESAR JIMENEZ DUITAMA **C.C** 1023870143

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

ALTURAS / ALTERACION VISUAL

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ OFTALMOLOGIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000421801

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 13/06/2023 10:33:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JULIO JOSE ROBLES VILLA **C.C** 1003115703

EDAD 24 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Julio Jose Robles Villa

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.026.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000423165

Régimen : RÉGIMEN

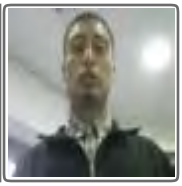
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/06/2023 08:46:34

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: KEVIN STIVEN JIMENEZ DUITAMA **C.C** 1021667240

EDAD 25 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Kevin Jimenez

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000421834

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 13/06/2023 11:20:15

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MAXIMO ENRIQUE BOLAÑO ANAYA **C.C** 19516853

EDAD 50 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNA

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA ANUAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA VISION CERCANA
CONTROL MEDICO DE RUTINA - CIRUGIA GENERAL EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

MAXIMO BOLAÑO

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia González P.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

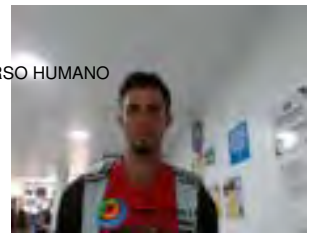
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 300546 Fecha Examen: 2023-06-28 Hora: 07:50:52

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: WILLIAM APELLIDOS: GIRALDO MADRID
IDENTIFICACIÓN: 1143358654 FECHA DE NACIMIENTO: 27 de Abril de 1992 EDAD: 31
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Audiometria, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Examen Medico Ocupacional, Optometria, Perfil Lipidico

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral 4) Uso de Protección Auditiva

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

- HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA. - ACTIVIDAD DEPORTIVA - MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. - MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. - USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.

LUIS EDUARDO OLARTE CHARRY
Médico especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Rg No. 1018493488
Licencia No. 2638 de 16/06/2022



William Giraldo

Atendido por: OLARTE CHARRY LUIS EDUARDO
Registro Médico: 1018493488
Licencia S.O.: 2638 DE 16/06/2022

Paciente: GIRALDO MADRID WILLIAM
Identificación: 1143358654

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
02/03/2023	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: JOSE LUIS			Apellidos: MIRANDA MARTINEZ	
Razón social: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS NIT: 900.334.403-3			Celular: 3115114162	
Dirección: CARRERA 15 # 16D -10		C.C: 9.268.285	G.S.RH: O+	
Genero Masculino☒ Femenino☐	Fecha de nacimiento 06/02/1970	Edad en años: 53	EPS: SALUD TOTAL	
			ARL: AXA COLPATRIA	AFP: PORVENIR

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo 10 Años no aplica para ingreso
04/03/2023	INSTALADOR	OPERATIVA	

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometria, audiometria, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometria.

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionada(s), a realizar en mi examen médico y/o paraclinicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mi en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☒ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción ☒ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
- ☐ Capacitación según matriz de riego y peligros
- ☒ Higiene postural
- ☒ Higiene biomédica integral
- ☒ Pausas activas laborales
- ☒ Uso de los EPP
- ☐ Cultura de autocuidado

Medicas
- ☐ Valoración por optometría
- ☒ Valoración por medicina general EPS
- ☐ Valoración por ARL
- ☐ Valoración por medicina laboral
- ☐ Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
- ☐ para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
- ☐ SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☒ SVE Cardiovascular
- ☐ SVE en salud visual
- ☐ Corrección óptica permanente
- ☐ SVE en salud respiratoria
- ☐ SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
- ☒ Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☒ Énfasis en estiramientos integrales
- ☒ Nutrición balanceada
- ☐ Cesación de tabaquismo
- ☐ reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

Dr. Rafael A. Gomez Medico Cirujano R.M. 2[illegible]2-97
Especialista En Salud Ocupacional L.A.O. 2607 DE 2018
DR. Rafael Alberto Gomez Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

Jose miranda

Los hallazgos fueron consignados en la historia clinica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clinica ocupacional estara a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional o de la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clinica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o exigir copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clinica ocupacional a la hoja de vida del trabajador
3). Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen: REGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000423652

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ FECHA 23/06/2023 08:56:07

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS EDUARDO CORTES BENITEZ C.C 11335673

EDAD 67 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometria	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
VALORACION OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ FECHA 23/06/2023 08:56:07

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS EDUARDO CORTES BENITEZ C.C 11335673

EDAD 67 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Luis E Cortes

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Henry Cadeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Reg.1960 C C 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL – INGRESO

PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

MEDICENTER
NIT.41695865-5

TIPO DE CERTIFICACION	INGRESO x	PERIODICO	RETIRO	POST INCAPACIDAD	OCUPACIONAL
	CONTROL	REUBICACION	INGRESO SVE	TRABAJO EN ALTURAS	



DATOS DEL PACIENTE							
FECHA:	08/03/2023	ARL	COLPATRIA				
NOMBRE:	LUIS FERNANDO SANABRIA ROCHA			DOCUMENTO IDENTIDAD:	79647479		
EDAD:	48	PESO:	72KG	R.H.	O+	SEXO:	M
CARGO:	INSTALADOR	EMPRESA:	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS NIT .900334403-3				

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS		
EXAMEN DE APTITUD DE TRABAJO EN ALTURAS	OXIMETRIA : NORMAL 02 AMBIENTE	TRIGLICERIDOS: NORMAL
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA : NORMAL	COLESTEROL: NORMAL	EXPIROMETRIA: NORMAL
AUDIOMETRIA: NORMAL	OPTOMETRIA: NORMAL	OSTEOMUSCULAR: NORMAL

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO SIN LIMITACIONES		
RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
REUBICACION LABORAL TEMPORAL		
REUBICACION LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
ENFERMEDAD PROFESIONAL		
ACCIDENTES DE TRABAJO		
ENFERMEDAD COMUN		

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	x	
APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	x	
APTO PARA REQUERIMIENTO AL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	x	
APLAZADO		
APTO CON RESTRIGCION		
APTO		
NO APTO		
CONCEPTO :	APTO PARA EL CARGO. SIN NINGUNA RESTRICCION	

RECOMENDACIONES	
CONTROL EPS	SI
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	SI
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	SI

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES, PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

Irina Ortiz Herrera
MÉDICO OCUPACIONAL
REG 21967
LIC 275

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Luis Fernando Sanabria.

CC No.

HUELLA

IPS MEDICENTER

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 6-jun.-2023 **HORA** 10:44:48
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Elias Oyola Vealsquez
Edad 33 años 1 mes 26 días
Documento de Identificación: CC Número: 1024502797
Cargo OFICIAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnostico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: Se realizó examen osteomuscular con énfasis en los grupos musculares y la detección de las patologías para detección de patologías de origen muscular se evaluó la postura, los arcos de movilidad, evaluación de grupos musculares en sus retracciones, fuerza y trofismo, dimensiones de longitud y perímetros, valoración del sistema nervioso (reflejos osteotendinosos, sensibilidad, marcha y coordinación), se examina la columna en su alineación por lo cual presenta un examen osteomuscular dentro de los límites normales 1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral. 3/Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 4/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo, al igual que las condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 5/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 6/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares. No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**		
Firma	Reg. Med. 7217 6332 / SST 3508 de 19-07-22	Firma	Elias Oyola V.	Huella
Nombre	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre	Elias Oyola Vealsquez	
RM	SST3508-19-07-22 Lic.SO:	CC N°	1024502797	

Powered by CamScanner

IPS. DIAGNOSTICO EMPRESARIAL OCUPACIONAL S.A.S
Licencia salud ocupacional
N° 6288 07/2019



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución N° 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO	CIUDAD Y FECHA REALIZACION DEL EXAMEN	DD	MM	AAAA
CONSTRUCCIONES DFL SAS	BOGOTA	13	2	2023

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACION			
JEISON JAVIER ROJAS RICO						TIPO	C.C.	1193311210	
FECHA DE NACIMIENTO	23/10/2002	EDAD	20	AÑOS	SEXO	MASCULINO	X	FEMENINO	

CARGO	EPS	ARL
AYUDANTE DE OBRA	MULTUALSER	SURA

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	
REINTEGRO LABORAL		POST INCAPACIDAD		REUBICACION	

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	MANEJO DE VOZ	
RESPIRATORIO		ESPIROMETRIA		OSTEOMUSCULAR	X
PSICOSENSOMETRICO		LABORATORIOS	X	OTRO	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
MANTENER SU PESO	HIGIENE POSTURAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA POR SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	DIETA BALANCEADA
CONTROL ANUAL POR MEDICINA GENERAL POR SU EPS	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	ACTIVIDAD FISICA MINIMO 20 MIN AL DIA

NOTA : Paciente que al momento de la consulta no presenta sintomatologia asociada con COVID 19 en los ultimos 15 dias ni a estado en contacto estrecho con personas sospechosas o confirmadas de COVID 19, según la circular 030 del 2020.

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS	X	NO APTO PARA ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico 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 medico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado, finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacio en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Dr. GINA MARIETTA REYES SALGUERO
CC. 52709646
L.S.O 6336/2013

FIRMA DEL TRABAJADOR
JEISON JAVIER ROJAS RICO
C.C. 1193311210

CALLE 31 Sur. N°69 -63. Tel: 7069504 CEL 318 274 48 95. BOGOTA D.C.
Email: diagnosticocupacional@gmail.com
www.diagnostico empresarial ocupacional S.A.S

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.381

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES DFL SAS	CONSTRUCCIONES DFL SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARVAJAL GOMEZ ALBERTO	MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	79770757 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *REQUIERE SEGUIR RECOMENDACIONES*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**
PRESENTA ALTERACIONES AL ÉNFASIS OSTEMUSCULAR	**SI**
PRESENTA ALTERACIONES AL EXAMEN VISUAL	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS
CONTROL FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y OSTEOMUSCULAR , PERFILLIPIDICO EN TRES MESES POR EPS		
ESPECIALISTA : OFTALMOLOGIA PERIODICA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS EN COLUMNA, ALTERNAR POSTURA PIE SENTADO	
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	OTROS : EVITAR TAREAS CON ASCENSO Y	
	DESCENSO VERTICAL, EVITAR TRABAJO PROLONGADO EN ALTURAS, EVITAR TAREAS DE RIESGO QUE EXIJAN VISION BINOCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

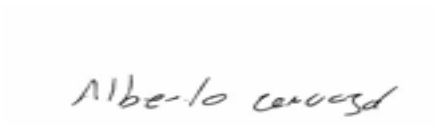
Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad

U367A1G13381

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CARVAJAL GOMEZ ALBERTO

CC: 79770757

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.688

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES DFL SAS	**CONSTRUCCIONES DFL SAS**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VELOZA PARRA FABIAN	MASCULINO	30 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1024524338 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ESTRICTO USO DE CORRECION VISAL	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
CONTROL FACTORES DE RIESGO , PERFIL LIPIDICO EN TRES MESES		
ESPECIALISTA		DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
Q367W1C8688

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VELOZA PARRA FABIAN

CC: 1024524338

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015
CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD7

35/00043334703345 3

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS () ESPACIOS CONFINADOS ()

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro /Orden:35/000433347033473 **Fecha:** 27/05/2023 **EPS:** SALUD TOTAL
Paciente: JORGE ENRIQUE VARGAS **Identificación:** 19.482.176 **Edad:** 61 Años
Empresa: PARTICULAR **Cargo**: OPERARIO

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3.	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	A-(POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SINALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SIN ALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**:79 KG **ESTATURA:** 1.72 CM

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Aprobado con restricciones:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.
¡ALERTA COVID-19!
EL PACIENTE A SU INGRESO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA PARA LA ENFERMEDAD COVID 19

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPI DE MIOLOGI CA:
VISUAL: ◯ AUDITIVO: ◯ RESPIRATORIO: ◯ CARDIOVASCULAR: ◯ PSICOSOCIAL: ◯ MUSC/ESQUELETICO ◯ NINGUNO: ✓

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS () ESPACIOS CONFINADOS () SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 17 DE DICIEMBRE DEL 2021:
SI: ✓ **NO:** ◯

Jim Roger Sanchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B.
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

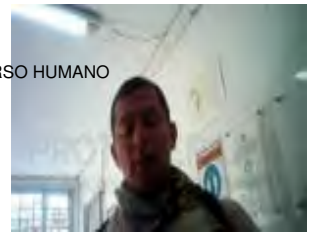
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 300929 Fecha Examen: 2023-06-30 Hora: 11:01:48

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JHON JAIRO APELLIDOS: ESCOBAR DAZA
IDENTIFICACIÓN: 1033779117 FECHA DE NACIMIENTO: 05 de Agosto de 1995 EDAD: 27
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: OFICIAL DE OBRA
ARL: EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Audiometria, Optometria, Anexo Osteomuscular

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de lentes de descanso 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-HIGIENE DEL SUEÑO - DIETA ADECUADA -ACTIVIDAD DEPORTIVA -MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. -MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTAMENTE. -USO DE LOS MEDIOS DE PROTECCIÓN.





Atendido por: DIAZ MORALES JOHAN ESTEBAN
Registro Médico: 1026276134
Licencia S.O.: 25-0118 DE 2022

Paciente: ESCOBAR DAZA JHON JAIRO
Identificación: 1033779117

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOME240@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
22/02/2023	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: ALEXANDER | Apellidos: AYOLA TOBAR

Razón social: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS NIT: 900.334.403-3 | Celular: 316 4160592



Dirección: CALLE 22B # 34 -12 | C.C. 1.047.518.158 | G.S.RH: O+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: SALUD TOTAL	
Masculino ☒ Femenino ☐	22/07/1970	52	ARL: AXA COLPATRIA	AFP: PORVENIR

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antiguedad en el cargo 15 AÑOS
22/02/2023	INSTALADOR	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometria, audiometria, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometria.

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
- ☐Capacitación según matriz de riesgo y peligros
- ☒Higiene postural
- ☒higiene biomédica integral
- ☒Pausas activas laborales
- ☒Uso de los EPP
- ☐Cultura de autocuidado

Medicas
- ☐Valoración por optometria
- ☒Valoración por medicina general EPS
- ☐Valoración por ARL
- ☐Valoración por medicina laboral
- ☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
- ☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
- ☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☒SVE Cardiovascular
- ☐SVE en salud visual
- ☐Corrección óptica permanente
- ☐SVE en salud respiratoria
- ☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
- ☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☒Énfasis en estiramientos integrales
- ☒Nutrición balanceada
- ☐Cesación de tabaquismo
- ☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

Dr. Rafael A. Gomez C. Médico Cirujano
Especialista En Salud Ocupacional
R.M. 2607 DE 2018
x
Dr. Rafael Alberto Gomez Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

x Alexander Ayola
Firma
C.C.

Los hallazgos fueron consignados en la historia clinica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1). Archivar este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador.
3). Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 301371 Fecha Examen: 2023-07-06 Hora: 08:34:50

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: AIKA HUMANA NIT: 900801942 SECTOR: SUMINISTRO DE RECURSO HUMANO
ENT. MISIÓN: AIKA HUMANA NIT: 900801942 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JUAN JOSE APELLIDOS: RODRIGUEZ RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN: 1064801760 FECHA DE NACIMIENTO: 20 de Diciembre de 1996 EDAD: 26
C.C: COMET GROUP S A S
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: TECNOLOGO CARGO: ANALISTA SST
ARL: EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional, Optometria, Anexo Alturas, Perfil Lipidico, Glicemia (glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina), Audiometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

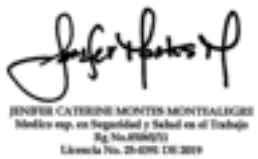
1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION







Atendido por: MONTES MONTEALEGRE JENIFER CATERINE
Registro Médico: 85065/11
Licencia S.O.: 25-0391

Paciente: RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
Identificación: 1064801760



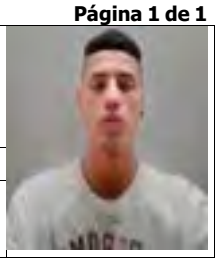
Sistema Integral En Salud Ocupacional - Siso Ips Sas

Certificado médico de aptitud laboral

NIT. 901.463.227

EMPRESA

CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS



ACTIVIDAD ECONOMICA:					
NO. CERTIFICADO	1.033.676.095				
CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA				
FECHA	17/06/2023	**TIPO DE EXAMEN**	INGRESO		
NO. DOCUMENTO	C.C. 1.033.676.095	**EDAD**	19	**GENERO**	MASCULINO
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVIN ANDRES ACOSTA GOMEZ				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEMUSCULAR EN ALTURAS – VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA – PRUEBA DE EQUILIBRIO – TEST DE ALTURAS

VISIOMETRIA : APTO SIN RESTRICCIONES,
AUDIOMETRIA: APTO SIN RESTRICCIONES,

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO APTO PARA DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS	PRUEBA DE EQUILIBRIO: NORMAL TEST DE ALTURAS: VERTIGO NORMAL ACROFOBIA NORMAL

MOTIVO APLAZAMIENTO

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS.

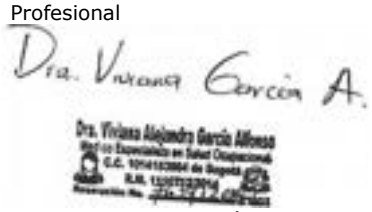
RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo KEVIN ANDRES ACOSTA GOMEZ identificado con C.C. No. 1.033.676.095. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que SISO IPS SAS. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



Informe firmado electrónicamente
Dra. Viviana Alejandra García
Médico Especialista En Salud Ocupacional

Aspirante o trabajador



C.C. 1.033.676.095

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000360775

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CARLOS GUTIERRES FECHA 21/06/2023 08:31:20

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JHON FREDY TORRES NIETO **C.C** 1010186292

EDAD 33 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIOS VARIOS



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ✓
Visiometría	✓	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	✓		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	✓
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ✓

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	✓
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	✓

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA VISION CERCANA

CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

jhonfredy

FIRMA DEL PACIENTE

Dra Daniela Marquez G.
Esp. Salud Ocupacional
Mat. 25 - 1527 - 21

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX 2784705 FAX 2392301 Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - http://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMERO
0000337390

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ FECHA 25/04/2022 12:31:29

NOMBRE Y APELLIDO: JHON DEIBY ROA C.C 1006321288

EDAD 19 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑		
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**				
Audiometría	☐					
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑			
		Otros	☐			

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020
SE SUGIERE AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMERO

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ FECHA: 25/04/2022 12:31:29

NOMBRE Y APELLIDO: JHON DEIBY ROA C.C 1006321288

EDAD 19 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cual?

Jhon Deiby

FIRMA DEL PACIENTE

Huella Izquierda

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11294 C.C. 79.087.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ANEXO SST-15. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 813008120	1	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PA BOGOTA	CALLE 104 NO 14 A 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	33765042	9453388012	E	2023/07/07	2023/07/10	BANCOLOMBIA	3	$16,445,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PA BOGOTA (19 Afiliados)																							$53,101,161	$8,566,300			$53,101,161	$2,124,200			$53,101,161	$2,119,500			$53,101,161		$3,578,300		$0	$0		$16,388,300
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (1 Afiliados)																							$116,667	$18,700			$116,667	$4,700			$116,667	$0			$116,667		$0		$0	$0		$23,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$116,667	$18,700			$116,667	$4,700			$116,667	$0			$116,667		$0		$0	$0		$23,400
1	CC	79744779	LOPEZ OMAR											X							23030 1	1	$116,667	$18,700	EPS008	1	$116,667	$4,700	CCF21	1	$116,667	$0	14-7	1	$116,667	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$23,400
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (1 Afiliados)																							$1,701,160	$272,200			$1,701,160	$68,100			$1,701,160	$68,100			$1,701,160		$8,900		$0	$0		$417,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,701,160	$272,200			$1,701,160	$68,100			$1,701,160	$68,100			$1,701,160		$8,900		$0	$0		$417,300
2	CC	1075225207	CORTES NATALIA																		23030 1	30	$1,701,160	$272,200	EPS005	30	$1,701,160	$68,100	CCF21	30	$1,701,160	$68,100	14-7	30	$1,701,160	0.522%	$8,900	30	$0	$0	Si	$417,300
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (18 Afiliados)																							$51,283,334	$8,275,400			$51,283,334	$2,051,400			$51,283,334	$2,051,400			$51,283,334		$3,569,400		$0	$0		$15,947,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (18 Afiliados)																							$51,283,334	$8,275,400			$51,283,334	$2,051,400			$51,283,334	$2,051,400			$51,283,334		$3,569,400		$0	$0		$15,947,600
3	CC	1022385179	AYALA BRAYAN																		23030 1	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF21	30	$2,800,000	$112,000	14-7	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
4	CC	1023021403	CASTRO DUBAR																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
5	CC	1012328912	CASTRO LEIDY	X																	23030 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
6	CC	1019074234	ESCOBAR JULIAN																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
7	CC	52382758	HORMAZA SANDRA																		23020 1	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS008	30	$7,000,000	$280,000	CCF21	30	$7,000,000	$280,000	14-7	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	Si	$2,237,200
8	CC	1024522732	JULIO SAID																		23030 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
9	CC	1013590546	LOAIZA JERFENSON																		23100 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
10	CC	79744779	LOPEZ OMAR																		23030 1	29	$3,383,334	$541,400	EPS008	29	$3,383,334	$135,400	CCF21	29	$3,383,334	$135,400	14-7	29	$3,383,334	6.960%	$235,500	29	$0	$0	Si	$1,047,700
11	CC	1030644038	MARTINEZ CRISTIAN																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
12	CC	80116087	MELO CIRO																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
13	CC	12198058	PEDREROS JUAN																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
14	CC	1101752159	PINZON JUAN																		25-14	30	$3,500,000	$560,000	EPS008	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
15	CC	1033792061	PORTILLA VALENTINA																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
16	CC	1051822295	RODRIGUEZ VANESSA																		23030 1	30	$3,500,000	$560,000	EPS010	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
17	CC	1026280172	ROZO LIZETH																		23030 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
18	CC	79838555	RUBIO CAMILO																		23030 1	30	$3,500,000	$560,000	EPS002	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
19	CC	1022958693	TOCUA FABIAN																		23020 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
20	CC	1018510121	TOVAR LUIS																		23030 1	30	$2,600,000	$416,000	EPS010	30	$2,600,000	$104,000	CCF21	30	$2,600,000	$104,000	14-7	30	$2,600,000	6.960%	$181,000	30	$0	$0	Si	$805,000
Total			**Afiliados(19)**																				$53,101,161	$8,566,300			$53,101,161	$2,124,200			$53,101,161	$2,119,500			$53,101,161		$3,578,300		$0	$0		$16,388,300

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 813008120	1	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PA BOGOTA	CALLE 104 NO 14 A 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	33765042	9453388012	E	2023/07/07	2023/07/10	BANCOLOMBIA	3	$16,445,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$8,566,300	$29,800	$0	$8,596,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$400,000	$1,400	$0	$401,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,680,000	$5,800	$0	$1,685,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$4,976,300	$17,200	$0	$4,993,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,510,000	$5,400	$0	$1,515,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$3,578,300	$12,400	$0	$3,590,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	19	$3,578,300	$12,400	$0	$3,590,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$2,119,500	$7,400	$0	$2,126,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	19	$2,119,500	$7,400	$0	$2,126,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				19	$2,124,200	$7,600	$0	$2,131,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	7	$952,100	$3,300	$0	$955,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$324,000	$1,200	$0	$325,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$240,000	$900	$0	$240,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$340,000	$1,200	$0	$341,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$268,100	$1,000	$0	$269,100
TOTAL				**19**	**$16,388,300**	**$57,200**	**$0**	**$16,445,500**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901550783	6	CONSORCIO INFRA FG-PA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 104 # 14 A 45 OFICINA 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	4777225	9452574497	E	2023/06/22	2023/06/23	BANCOLOMBIA	1	$8,711,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (9 Afiliados)																							$27,986,667	$4,602,900			$27,986,667	$1,119,500			$27,986,667	$1,119,500			$27,986,667		$1,858,700		$0	$0		$8,700,600
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (1 Afiliados)																							$1,386,667	$221,900			$1,386,667	$55,500			$1,386,667	$55,500			$1,386,667		$7,300		$0	$0		$340,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,386,667	$221,900			$1,386,667	$55,500			$1,386,667	$55,500			$1,386,667		$7,300		$0	$0		$340,200
1	CC	1032480878	PASTRANA JORGE	X																	25-14	16	$1,386,667	$221,900	EPS008	16	$1,386,667	$55,500	CCF21	16	$1,386,667	$55,500	14-7	16	$1,386,667	0.522%	$7,300	16	$0	$0	Si	$340,200
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (8 Afiliados)																							$26,600,000	$4,381,000			$26,600,000	$1,064,000			$26,600,000	$1,064,000			$26,600,000		$1,851,400		$0	$0		$8,360,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							$26,600,000	$4,381,000			$26,600,000	$1,064,000			$26,600,000	$1,064,000			$26,600,000		$1,851,400		$0	$0		$8,360,400
2	CC	1101757420	BARON IVONNE																		23030 1	30	$1,800,000	$288,000	EPS037	30	$1,800,000	$72,000	CCF21	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
3	CC	1014247831	CUETO ALEJANDRA																		23100 1	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF21	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
4	CC	1067920717	GOMEZ ARNALDO																		23100 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS008	30	$1,500,000	$60,000	CCF21	30	$1,500,000	$60,000	14-7	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	30	$0	$0	Si	$464,400
5	CC	1072715517	MARICHALES RICARDO																		23030 1	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF21	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
6	CC	1026289544	MENDOZA KATERIN																		23030 1	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF21	30	$3,000,000	$120,000	14-7	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
7	CC	79755317	OSSA MILTON																		23090 1	30	$5,500,000	$935,000	EPS005	30	$5,500,000	$220,000	CCF21	30	$5,500,000	$220,000	14-7	30	$5,500,000	6.960%	$382,800	30	$0	$0	Si	$1,757,800
8	CC	1022419421	SANCHEZ ANGIE																		23020 1	30	$1,800,000	$288,000	EPS017	30	$1,800,000	$72,000	CCF21	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
9	CC	51969600	YAZO JAZMIN																		23100 1	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS008	30	$7,000,000	$280,000	CCF21	30	$7,000,000	$280,000	14-7	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	Si	$2,237,200
Total			**Afiliados(9)**																				$27,986,667	$4,602,900			$27,986,667	$1,119,500			$27,986,667	$1,119,500			$27,986,667		$1,858,700		$0	$0		$8,700,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901550783	6	CONSORCIO INFRA FG-PA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 104 # 14 A 45 OFICINA 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	4777225	9452574497	E	2023/06/22	2023/06/23	BANCOLOMBIA	1	$8,711,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$4,602,900	$5,900	$0	$4,608,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$1,910,000	$2,400	$0	$1,912,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$221,900	$300	$0	$222,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$1,248,000	$1,500	$0	$1,249,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000	$400	$0	$288,400
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$935,000	$1,300	$0	$936,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,858,700	$2,200	$0	$1,860,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	9	$1,858,700	$2,200	$0	$1,860,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,119,500	$1,400	$0	$1,120,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	9	$1,119,500	$1,400	$0	$1,120,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$1,119,500	$1,500	$0	$1,121,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$515,500	$700	$0	$516,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$72,000	$100	$0	$72,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$72,000	$100	$0	$72,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$460,000	$600	$0	$460,600
TOTAL				**9**	**$8,700,600**	**$11,000**	**$0**	**$8,711,600**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	28745816	9453295539	E	2023/07/05	2023/07/05	BANCOLOMBIA		$4,897,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER																		231001	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
2	CC	1000322681	BARRAGAN ANDRES																		230301	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
3	CC	1019035413	BELLO HEBER		X																230301	4	$24,800	EPS017	4	$6,200	CCF24	4	$6,200	14-11	4	6.96	$10,800	4	$0	Si	$48,000
4	CC	1007767345	JERONIMO YINI																		230201	30	$185,600	ESSC07	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
5	CC	1056709572	LARROTA JHON																		230301	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
6	CC	72049939	LOPEZ JOSE		X																230201	15	$92,800	EPS002	15	$23,200	CCF24	15	$23,200	14-11	15	6.96	$40,400	15	$0	Si	$179,600
7	CC	79769463	MARTINEZ JOSE		X																230201	15	$92,800	EPS017	15	$23,200	CCF24	15	$23,200	14-11	15	6.96	$40,400	15	$0	Si	$179,600
8	CC	80807271	PORRAS CARLOS		X																230201	15	$92,800	EPS017	15	$23,200	CCF24	15	$23,200	14-11	15	6.96	$40,400	15	$0	Si	$179,600
9	CC	1013636336	PULIDO JONATHAN																		230301	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
10	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
11	CC	1023366448	RIVEROS JEAN																		230301	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
12	CC	1030578618	RIVILLO JULY																		231001	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
13	CC	79387044	RIVILLO LUIS																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
14	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI																		230201	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
15	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
16	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(16)**																						$2,530,400			$632,600			$632,600				$1,101,600		$0		$4,897,200

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	28745816	9453295539	E	2023/07/05	2023/07/05	BANCOLOMBIA		$4,897,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				16	$2,530,400	$0	$2,530,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$556,800	$0	$556,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$952,800	$0	$952,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$835,200	$0	$835,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,101,600	$0	$1,101,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	16	$1,101,600	$0	$1,101,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$632,600	$0	$632,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	16	$632,600	$0	$632,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				16	$632,600	$0	$632,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$46,400	$0	$46,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$92,800	$0	$92,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	8	$284,600	$0	$284,600
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$46,400	$0	$46,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$162,400	$0	$162,400
TOTAL				**16**	**$4,897,200**	**$0**	**$4,897,200**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	28787294	9453296661	A	2023/07/31	2023/07/05	BANCOLOMBIA		$2,097,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	19516853	BOLAÑO MAXIMO	X																	230201	18	$111,400	EPS017	18	$27,900	CCF24	18	$27,900	14-11	18	6.96	$48,500	18	$0	Si	$215,700
2	CC	79973421	CARDOZO JAIME	X																	230201	10	$61,900	EPSC34	10	$15,500	CCF24	10	$15,500	14-11	10	6.96	$27,000	10	$0	Si	$119,900
3	CC	1193037728	DE ARCO JORMAN	X																	231001	18	$111,400	EPS005	18	$27,900	CCF24	18	$27,900	14-11	18	6.96	$48,500	18	$0	Si	$215,700
4	CC	1069769403	GOMEZ CARLOS	X																	230301	17	$105,200	EPS005	17	$26,300	CCF24	17	$26,300	14-11	17	6.96	$45,800	17	$0	Si	$203,600
5	CC	1023870143	JIMENEZ JULIO	X																	230301	10	$61,900	EPSC34	10	$15,500	CCF24	10	$15,500	14-11	10	6.96	$27,000	10	$0	Si	$119,900
6	CC	1021667240	JIMENEZ KEVIN	X																	25-14	10	$61,900	EPSC34	10	$15,500	CCF24	10	$15,500	14-11	10	6.96	$27,000	10	$0	Si	$119,900
7	CC	1023870141	JIMENEZ OMAR	X																	231001	5	$31,000	EPS002	5	$7,800	CCF24	5	$7,800	14-11	5	6.96	$13,500	5	$0	Si	$60,100
8	CC	1000789400	MALULE JOSE	X																	230301	17	$105,200	EPSC34	17	$26,300	CCF24	17	$26,300	14-11	17	6.96	$45,800	17	$0	Si	$203,600
9	CC	1013665066	PEÑA HARVI	X																	231001	17	$105,200	EPS017	17	$26,300	CCF24	17	$26,300	14-11	17	6.96	$45,800	17	$0	Si	$203,600
10	CC	1033815846	PEÑA JUAN	X																	230301	17	$105,200	EPS005	17	$26,300	CCF24	17	$26,300	14-11	17	6.96	$45,800	17	$0	Si	$203,600
11	CC	1003115703	ROBLES JULIO	X																	230201	18	$111,400	EPS037	18	$27,900	CCF24	18	$27,900	14-11	18	6.96	$48,500	18	$0	Si	$215,700
12	CC	12630892	VALDES ISMAEL	X																	25-14	18	$111,400	EPS037	18	$27,900	CCF24	18	$27,900	14-11	18	6.96	$48,500	18	$0	Si	$215,700
Total	**Afiliados(12)**																						$1,083,100			$271,100			$271,100				$471,700		$0		$2,097,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	28787294	9453296661	A	2023/07/31	2023/07/05	BANCOLOMBIA		$2,097,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				12	$1,083,100	$0	$1,083,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$247,600	$0	$247,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$173,300	$0	$173,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$377,500	$0	$377,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$284,700	$0	$284,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$471,700	$0	$471,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	$471,700	$0	$471,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$271,100	$0	$271,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	$271,100	$0	$271,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				12	$271,100	$0	$271,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$72,800	$0	$72,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$54,200	$0	$54,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$55,800	$0	$55,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$7,800	$0	$7,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$80,500	$0	$80,500
TOTAL				**12**	**$2,097,000**	**$0**	**$2,097,000**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79209739		GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 6-64	SOACHA-CUNDINAMARCA	6896525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	39916818	9452705864	I	2023/07/12	2023/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$80,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$80,800		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$80,800		$0	$0
1	CC	79209739 GUTIERREZ CARLOS	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$80,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79209739		GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 6-64	SOACHA-CUNDINAMARCA	6896525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	39916818	9452705864	I	2023/07/12	2023/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,800	$0	$0	$80,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$80,800	$0	$0	$80,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$434,600	$0	$0	$434,600

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79209739		GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 6-64	SOACHA-CUNDINAMARCA	6896525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2135291871	9451455280	I	2023/06/09	2023/06/14	NEQUI	5	$437,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,800	$500	$0	$81,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$80,800	$500	$0	$81,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$200	$0	$23,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$200	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$900	$0	$145,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$900	$0	$145,900
TOTAL				1	$434,600	$2,700	$0	$437,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2145607733	9452346469	E	2023/06/15	2023/06/20	BANCOLOMBIA	5	$5,407,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79856726	AMADOR CUERVO HILDEBRANDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
2	CC	74320384	AMAYA CARVAJAL LUIS FERNANDO																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
3	CC	1086819836	ARROYO CAPACHERO CESAR DAVID																		230201	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$48,000	CCF24	30	$1,200,000	$48,000	14-11	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0	Si	$371,600
4	CC	1000463266	BETANCUR ARIAS CRISTIAN FELIPE		X																230301	2	$80,000	$12,800	EPS017	2	$80,000	$3,200	CCF24	2	$80,000	$3,200	14-11	2	$80,000	$5,600	2	$0	$0	Si	$24,800
5	CC	9993089	BETANCUR GUEVARA GABRIEL ANGEL																		25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$48,000	CCF24	30	$1,200,000	$48,000	14-11	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0	Si	$371,600
6	CC	1033803772	GUAYACAN SAAVEDRA ANDERSON																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
7	CC	1031147699	GUAYACAN SAAVEDRA HEINER YOAN																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
8	CC	1033804921	JARAMILLO BRIÑEZ JOSE DANIEL																		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
9	CC	1233497064	JIMENEZ PEÑA ANDRES FELIPE																		230201	30	$1,650,000	$264,000	EPS017	30	$1,650,000	$66,000	CCF24	30	$1,650,000	$66,000	14-11	30	$1,650,000	$114,900	30	$0	$0	Si	$510,900
10	CC	1031163882	LAMBRAÑO VARGAS OMAR ORLANDO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
11	CC	1033725563	MACETO PAREDES CARLOS ANDRES																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
12	CC	1019099541	MOTTA PEÑUELA YONATAN YESID																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
13	CC	1052948592	PEREZ CARDONA JOHN CARLOS	X	X																230301	21	$840,000	$134,400	CCFC55	21	$840,000	$33,600	CCF24	21	$840,000	$33,600	14-11	21	$840,000	$58,500	21	$0	$0	Si	$260,100
14	CC	19435826	URREA RODRIGUEZ EDGAR ANTONIO																			0	$0	$0	EPS017	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$269,300
15	CC	1001833211	VELASQUEZ PRIMERA SERGIO LUIS																		230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$56,000	CCF24	30	$1,400,000	$56,000	14-11	30	$1,400,000	$97,500	30	$0	$0	Si	$433,500
Total	**Afiliados(15)**																					$16,490,000	$2,638,400			$18,290,000	$731,600			$18,290,000	$731,600			$18,290,000	$1,273,800		$0	$0		$5,375,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901503062	4	ANX INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 53 NO. 128B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3058153788	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2145607733	9452346469	E	2023/06/15	2023/06/20	BANCOLOMBIA	5	$5,407,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				14	$2,638,400	$15,600	$0	$2,654,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$1,200	$0	$193,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$1,804,800	$10,600	$0	$1,815,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$641,600	$3,800	$0	$645,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$1,273,800	$7,500	$0	$1,281,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	15	$1,273,800	$7,500	$0	$1,281,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$731,600	$4,300	$0	$735,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	15	$731,600	$4,300	$0	$735,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				15	$731,600	$4,500	$0	$736,100
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$33,600	$200	$0	$33,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$46,400	$300	$0	$46,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	9	$456,400	$2,700	$0	$459,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$139,200	$900	$0	$140,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$56,000	$400	$0	$56,400
TOTAL				**15**	**$5,375,400**	**$31,900**	**$0**	**$5,407,300**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901244795	2	CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 39 D SUR 9 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3003692	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2908075	9452507021	E	2023/06/26	2023/06/22	BANCOLOMBIA	0	$9,071,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (5 Afiliados)						$6,518,125	$1,042,900			$6,518,125	$260,800			$6,518,125	$260,800			$6,518,125	$454,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (5 Afiliados)						$6,518,125	$1,042,900			$6,518,125	$260,800			$6,518,125	$260,800			$6,518,125	$454,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						$6,518,125	$1,042,900			$6,518,125	$260,800			$6,518,125	$260,800			$6,518,125	$454,000		$0	$0
1	CC	1023887320	LEON CAMILO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-25	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
2	CC	1151957748	OSPINA LINA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-25	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
3	CC	39730891	REY BLANCA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS037	30	$1,200,000	$48,000	CCF22	30	$1,200,000	$48,000	14-25	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0
4	CC	11408646	ROJAS ALVARO	25-14	30	$1,614,375	$258,300	EPS017	30	$1,614,375	$64,600	CCF22	30	$1,614,375	$64,600	14-25	30	$1,614,375	$112,400	30	$0	$0
5	CC	11409976	ROJAS MARCO	230301	30	$1,383,750	$221,400	EPS017	30	$1,383,750	$55,400	CCF22	30	$1,383,750	$55,400	14-25	30	$1,383,750	$96,400	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COMFAMA (20 Afiliados)						$21,758,702	$3,480,000			$24,171,202	$965,700			$23,823,201	$951,600			$24,171,202	$1,656,000		$0	$0
Centro de Trabajo: AMAGA (20 Afiliados)						$21,758,702	$3,480,000			$24,171,202	$965,700			$23,823,201	$951,600			$24,171,202	$1,656,000		$0	$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (20 Afiliados)						$21,758,702	$3,480,000			$24,171,202	$965,700			$23,823,201	$951,600			$24,171,202	$1,656,000		$0	$0
6	CC	1033341346	ALVAREZ DIEGO	230301	30	$1,396,250	$223,400	EPS002	30	$1,396,250	$55,900	CCF04	30	$1,396,250	$55,900	14-25	30	$1,396,250	$97,200	30	$0	$0
7	CC	98477462	ANGEL OMAR	25-14	30	$1,212,500	$194,000	ESSC24	30	$1,212,500	$48,500	CCF04	30	$1,212,500	$48,500	14-25	30	$1,212,500	$84,400	30	$0	$0
8	CC	1001242588	BEDOYA BRAYAN	25-14	25	$1,000,000	$160,000	EPS002	25	$1,000,000	$40,000	CCF04	25	$1,000,000	$40,000	14-25	25	$1,000,000	$69,600	25	$0	$0
9	CC	1001242588	BEDOYA BRAYAN	25-14	5	$193,334	$31,000	EPS002	5	$193,334	$7,800	CCF04	0	$0	$0	14-25	5	$193,334	$0	0	$0	$0
10	CC	8459771	CASTRILLON FRANCISCO		0	$0	$0	EPS002	30	$1,212,500	$48,500	CCF04	30	$1,212,500	$48,500	14-25	30	$1,212,500	$84,400	30	$0	$0
11	CC	98479600	CATAÑO HUMBERTO	230201	30	$1,250,000	$200,000	EPS002	30	$1,250,000	$50,000	CCF04	30	$1,250,000	$50,000	14-25	30	$1,250,000	$87,000	30	$0	$0
12	CC	98602823	CORREA EDISON	25-14	30	$1,416,250	$226,600	EPS002	30	$1,416,250	$56,700	CCF04	30	$1,416,250	$56,700	14-25	30	$1,416,250	$98,600	30	$0	$0
13	CC	98601117	DIAZ FRANCISCO	230201	7	$280,000	$44,800	EPS002	7	$280,000	$11,200	CCF04	7	$280,000	$11,200	14-25	7	$280,000	$19,500	7	$0	$0
14	CC	52235285	HERNANDEZ LIDA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF04	30	$1,160,000	$46,400	14-25	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
15	CC	98479783	HERRERA LUIS	230201	30	$1,263,201	$202,200	EPS002	30	$1,263,201	$50,600	CCF04	30	$1,263,201	$50,600	14-25	30	$1,263,201	$88,000	30	$0	$0
16	CC	1018491305	HURTADO WANDA	230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF04	30	$1,500,000	$60,000	14-25	30	$1,500,000	$104,400	30	$0	$0
17	CC	1033338800	JARAMILLO CARLOS	25-14	30	$1,200,000	$192,000	ESSC24	30	$1,200,000	$48,000	CCF04	30	$1,200,000	$48,000	14-25	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0
18	PE	918112205061973	MIQUELINA RICHARD		0	$0	$0	EPS002	30	$1,200,000	$48,000	CCF04	30	$1,200,000	$48,000	14-25	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0
19	CC	98479175	MONTOYA JOSE	25-14	27	$1,206,250	$193,000	EPS041	27	$1,206,250	$48,300	CCF04	27	$1,206,250	$48,300	14-25	27	$1,206,250	$84,000	27	$0	$0
20	CC	98479175	MONTOYA JOSE	25-14	3	$116,000	$18,600	EPS041	3	$116,000	$4,700	CCF04	0	$0	$0	14-25	3	$116,000	$0	0	$0	$0
21	CC	3380705	ORREGO WILLIAM	230301	30	$1,212,500	$194,000	EPS037	30	$1,212,500	$48,500	CCF04	30	$1,212,500	$48,500	14-25	30	$1,212,500	$84,400	30	$0	$0
22	CC	98601039	ORTIZ RUBEN	230301	30	$1,440,000	$230,400	EPS037	30	$1,440,000	$57,600	CCF04	30	$1,440,000	$57,600	14-25	30	$1,440,000	$100,300	30	$0	$0
23	CC	70925250	QUICENO JOHN	230301	29	$1,160,000	$185,600	EPS037	29	$1,160,000	$46,400	CCF04	29	$1,160,000	$46,400	14-25	29	$1,160,000	$80,800	29	$0	$0
24	CC	70925250	QUICENO JOHN	230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF04	0	$0	$0	14-25	1	$38,667	$0	0	$0	$0
25	CC	71800878	ROJAS NELSON	25-14	15	$637,500	$102,000	EPS037	15	$637,500	$25,500	CCF04	15	$637,500	$25,500	14-25	15	$637,500	$44,400	15	$0	$0
26	CC	10179959	SAAVEDRA RODOLFO	25-14	30	$1,327,500	$212,400	EPS037	30	$1,327,500	$53,100	CCF04	30	$1,327,500	$53,100	14-25	30	$1,327,500	$92,400	30	$0	$0
27	CC	1033341879	USMA SERGIO	230301	29	$1,356,250	$217,000	EPS010	29	$1,356,250	$54,300	CCF04	29	$1,356,250	$54,300	14-25	29	$1,356,250	$94,400	29	$0	$0
28	CC	1033341879	USMA SERGIO	230301	1	$40,000	$4,800	EPS010	1	$40,000	$0	CCF04	1	$40,000	$0	14-25	1	$40,000	$0	1	$0	$0
29	CC	98478868	VELEZ GUILLERMO	25-14	30	$1,352,500	$216,400	EPS037	30	$1,352,500	$54,100	CCF04	30	$1,352,500	$54,100	14-25	30	$1,352,500	$94,200	30	$0	$0
Total			**Afiliados(25)**			$28,276,827	$4,522,900			$30,689,327	$1,226,500			$30,341,326	$1,212,400			$30,689,327	$2,110,000		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901244795	2	CL SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 39 D SUR 9 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3003692	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-06	2908075	9452507021	E	2023/06/26	2023/06/22	BANCOLOMBIA	0	$9,071,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				23	$4,522,900	$0	$0	$4,522,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	9	$1,804,300	$0	$0	$1,804,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$2,271,600	$0	$0	$2,271,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$447,000	$0	$0	$447,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$2,110,000	$0	$0	$2,110,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	25	$2,110,000	$0	$0	$2,110,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				25	$1,212,400	$0	$0	$1,212,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	5	$260,800	$0	$0	$260,800
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	20	$951,600	$0	$0	$951,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				25	$1,226,500	$0	$0	$1,226,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$96,500	$0	$0	$96,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$147,100	$0	$0	$147,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$120,000	$0	$0	$120,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$334,800	$0	$0	$334,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$53,000	$0	$0	$53,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$415,100	$0	$0	$415,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$60,000	$0	$0	$60,000
TOTAL				**25**	**$9,071,800**	**$0**	**$0**	**$9,071,800**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901378317	0	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 57Z No. 75D-10 SUR CA51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8939275	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	32142297	9453359912	E	2023/07/07	2023/07/07	BANCOLOMBIA	0	$11,118,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	80822373	ALEAN CAVANZO SERGIO ENRIQUE	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
2	CC	1007275624	AREVALO YEPEZ TEDER DAYAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
3	PT	5812768	BAUTISTA ZOLANO CARLOS EDUARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
4	CC	80762173	BERNAL BENAVIDES CARLOS ALBERTO	231001	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
5	CC	79925284	CHAVEZ YAÑEZ CESAR AUGUSTO	230201	30	$1,550,000	$248,000	EPS005	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
6	CC	1010147768	CHICA HERRERA MIGUEL STIVEN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
7	CC	79111763	CRUZ PEREZ LUIS HUMBERTO		0	$0	$0	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
8	CC	1026308988	DEL VILLAR VILLARROEL KEVIN MIGUEL	230201	30	$1,260,000	$201,600	EPSC34	30	$1,260,000	$50,400	CCF24	30	$1,260,000	$50,400	14-23	30	$1,260,000	$87,700	30	$0	$0
9	CC	79681780	DEL VILLAR MERCADO MIGUEL	231001	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
10	CC	3186006	DIAZ JARA FREDI ELIECER	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
11	CC	79695587	DIAZ JARA NELSON RODRIGO		0	$0	$0	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
12	CC	79182889	DIAZ JARA OSCAR LEONARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
13	CC	11037562	FLOREZ VIELLARD EMIRO NEL	230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS008	30	$1,900,000	$76,000	CCF24	30	$1,900,000	$76,000	14-23	30	$1,900,000	$132,300	30	$0	$0
14	CC	79970576	GARCIA SANABRIA ARISTOBULO	230301	1	$38,667	$6,200	EPS008	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,667	$1,600	14-23	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0
15	CC	1033722245	GARCIA SANABRIA CRISTIAN MAURICIO	230301	1	$42,000	$6,800	EPSC34	1	$42,000	$1,700	CCF24	1	$42,000	$1,700	14-23	1	$42,000	$3,000	1	$0	$0
16	CC	80114333	GARCIA SANABRIA JIMMY GERARDO	230301	30	$1,550,000	$248,000	EPS005	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
17	CC	1007404311	GARCIA ALBARRACIN ROMEL GERARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
18	CC	79651166	GARCIA ROMEL ORLANDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
19	CC	1033701940	GOMEZ PRIETO WILMER JAIR	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
20	CC	1003026841	GRACIA VELLOJIN ANIBAL ALBERTO	231001	5	$193,334	$31,000	ESSC07	5	$193,334	$7,800	CCF24	5	$193,334	$7,800	14-23	5	$193,334	$13,500	5	$0	$0
21	PT	6757026	GUDIÑO YARI RENNY DE JESUS	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
22	CC	1024467174	GUERRERO CORTES OSCAR OBDULIO	230201	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
23	CC	1000031241	GUZMAN SANTA DAVID ALFREY	230301	1	$38,667	$6,200	EPS002	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,667	$1,600	14-23	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0
24	CC	1024561771	MARIN MARTINEZ ISIS DANIELA	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
25	CC	15765992	MENDEZ SANCHEZ HELY ANTONIO	230301	1	$51,667	$8,300	EPS017	1	$51,667	$2,100	CCF24	1	$51,667	$2,100	14-23	1	$51,667	$3,600	1	$0	$0
26	CC	11441077	RAVELO ESTEPA FLORENTINO	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
27	CC	1006321288	ROA JHON DEIBY	230301	5	$193,334	$31,000	EPS017	5	$193,334	$7,800	CCF24	5	$193,334	$7,800	14-23	5	$193,334	$13,500	5	$0	$0
28	CC	1022354217	SANCHEZ VELASQUEZ ELIANA ESTEFANI	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
29	CC	93342915	SOGAMOSO APACHE JOSE GILBERTO	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0

Resumen General de Pago

30	CC	1112933516	SOLORZANO CUELLAR JHON EIDER	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,667	$1,600	14-23	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0
31	CC	1000603662	TORRES GOMEZ DEANGELLO EMMANUELL	230301	1	$38,667	$6,200	EPSC34	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,667	$1,600	14-23	1	$38,667	$2,700	1	$0	$0
32	CC	79420028	TORRES LARA DIEGO FERNANDO	25-14	30	$1,260,000	$201,600	EPS002	30	$1,260,000	$50,400	CCF24	30	$1,260,000	$50,400	14-23	30	$1,260,000	$87,700	30	$0	$0
33	PT	5095349	TORRES BURGOS JHON ENDER	230301	30	$1,550,000	$248,000	EPSC34	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
34	CC	1127602304	TORRES CABANA YOINER JOSE	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
35	CC	1062607285	VELLOJIN GARCIA JORGE LEONARDO	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(35)**					**$34,595,003**	**$5,535,500**			**$37,305,003**	**$1,492,600**			**$37,305,003**	**$1,492,600**			**$37,305,003**	**$2,597,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				33	$5,535,500	$0	$0	$5,535,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$527,000	$0	$0	$527,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$387,200	$0	$0	$387,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	22	$3,366,900	$0	$0	$3,366,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,254,400	$0	$0	$1,254,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$2,597,800	$0	$0	$2,597,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	35	$2,597,800	$0	$0	$2,597,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$1,492,600	$0	$0	$1,492,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	35	$1,492,600	$0	$0	$1,492,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				35	$1,492,600	$0	$0	$1,492,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$115,700	$0	$0	$115,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$204,000	$0	$0	$204,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$172,800	$0	$0	$172,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$149,100	$0	$0	$149,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$7,800	$0	$0	$7,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	13	$624,800	$0	$0	$624,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$218,400	$0	$0	$218,400
TOTAL				35	$11,118,500	$0	$0	$11,118,500

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicesespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	10/07/2023	69219752	$3.004.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	348.000	0		0		0	3	1.200	0	349.200	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	3	500	0	145.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	203.000	0		0		0	3	700	0	203.700	2
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	14.500	0		0		0	3	100	0	14.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	130.500	0		0		0	3	500	0	131.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	724.100	0	0	0	0	3	2.500	0	726.600	5
230301	Porvenir	800224808-8	204.300	0	0	0	0	3	800	0	205.100	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	148.500	0	0	0	0	3	600	0	149.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	468.700				468.700	3	1.700	470.400			4.687	470.400	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	269.500	3	1.000	270.500	9

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	10/07/2023	69219752	$3.004.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
135.000	3	500	135.500	9
ICBF				
202.200	3	700	202.900	9
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	841.000	844.000
Pensión	3	1.076.900	1.080.800
Riesgos Laborales	1	468.700	470.400
CCF	1	269.500	270.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	202.200	202.900
MEN	0	0	0
SENA	1	135.000	135.500
TOTALES	12	2.993.300	3.004.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S		CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					9	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-07	2023-06	E	10/07/2023	69219752	$3.004.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1024480567	BARAJAS FARFAN DIANA PATRICIA	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0
2	CC	1023866535	PRIETO ZAMUDIO ANDERSON STEVEN	1	0			N	X																230201	928.000	148.500	0	0	0	0	EPS002	928.000	116.000	14-11	928.000	5	64.600	CCF21	928.000	37.200	928.000	18.600	27.900	0	0
3	CC	18222071	ESCARRAGA CESAR ERNESTO	1	0			N	X																230301	928.000	148.500	0	0	0	0	EPS002	928.000	116.000	14-11	928.000	5	64.600	CCF21	928.000	37.200	928.000	18.600	27.900	0	0
4	CC	80880058	GONZALEZ CESPEDES JAVIER ANTONIO	1	0			N	X																25-14	928.000	148.500	0	0	0	0	EPS002	928.000	116.000	14-11	928.000	5	64.600	CCF21	928.000	37.200	928.000	18.600	27.900	0	0
5	CC	1000212989	NAVARRETE BOLIVAR CAMILO ANDRES	1	0			N	X																230201	812.000	130.000	0	0	0	0	EPSC34	812.000	101.500	14-11	812.000	5	56.600	CCF21	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
6	CC	1032362568	CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO	1	0			N	X																230201	812.000	130.000	0	0	0	0	EPS017	812.000	101.500	14-11	812.000	5	56.600	CCF21	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
7	CC	1033694434	GOMEZ CASTILLO DEIVER ENRIQUE	1	0			N	X	X															230301	232.000	37.200	0	0	0	0	EPSC34	232.000	29.000	14-11	232.000	5	16.200	CCF21	232.000	9.300	232.000	4.700	7.000	0	0
8	CC	79746731	PRIETO GALEANO JHON JAIRO	1	0			N	X																230201	812.000	130.000	0	0	0	0	EPS017	812.000	101.500	14-11	812.000	5	56.600	CCF21	812.000	32.500	812.000	16.300	24.400	0	0
9	PE	812948731081 972	PARRA MENDEZ ESTERVIN RAMON	1	0			N	X																230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS042	116.000	14.500	14-11	116.000	5	8.100	CCF21	116.000	4.700	116.000	2.400	3.500	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	Y	10/07/2023	69219826	$262.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	33.900	0		0		0	3	200	0	34.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	24.200	0		0		0	3	100	0	24.300	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	14.500	0		0		0	3	100	0	14.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	19.400	0		0		0	3	100	0	19.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	43.400	0	0	0	0	3	200	0	43.600	1
230301	Porvenir	800224808-8	74.400	0	0	0	0	3	300	0	74.700	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.300				51.300	3	200	51.500			513	51.500	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	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				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	92.000	92.500
Pensión	2	117.800	118.300
Riesgos Laborales	1	51.300	51.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	261.100	262.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S		CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD: NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					4	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-06	2023-06	Y	10/07/2023	69219826	$262.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1065372757	HERNANDEZ LLORENTE ALFER YESID	59	0			N	X																230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS041	193.334	24.200	14-11	193.334	5	13.500		0	0	0	0	0	0	0	0
2	PE	835051825042000	MEDINA CARDOZO PEDRO JOSE	59	0			N	X																230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS042	116.000	14.500	14-11	116.000	5	8.100		0	0	0	0	0	0	0	0
3	PT	5631583	QUIARO MORENO YIMI ANGEL	59	0			N	X																230301	154.667	24.800	0	0	0	0	EPSC34	154.667	19.400	14-11	154.667	5	10.800		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	1149452447	MARTINEZ BARRANTES GERMAN YESID	59	0			N	X																230201	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS002	270.667	33.900	14-11	270.667	5	18.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901561860	SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS	CL 68G SUR 49D 52	6019332997	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	C	AUXILIAR DE NOMINA	0000004313	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
6	2023	5	2023	E	15 06 2023	68214677	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	7	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1000126107	QUINTERO RAMIREZ JOSE STEVENS	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
2	CC 1013589644	ROJAS ROMERO DIEGO ALONSO	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
3	CC 1014178330	SALAMANCA GONZALEZ WILSON IGNACIO	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
4	CC 1020784378	GUZMAN GOMEZ OMAR FELIPE	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
5	CC 1022990645	BARAJAS FARFAN YUDY PAOLA	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS008	$1,160,000	12.50%	$145,000	231001	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
6	CC 1024517223	PEREZ FLOREZ JOSE ALEJANDRO	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS008	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
7	CC 79999319	SILVA PEREZ JHON ALEXANDER	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS008	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
																																$1,015,000				$1,299,200	$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF	TARIFA SENA	APORTE SENA	TARIFA ICBF	APORTE ICBF
1	CC 1000126107	QUINTERO RAMIREZ JOSE STEVENS	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
2	CC 1013589644	ROJAS ROMERO DIEGO ALONSO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
3	CC 1014178330	SALAMANCA GONZALEZ WILSON IGNACIO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
4	CC 1020784378	GUZMAN GOMEZ OMAR FELIPE	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
5	CC 1022990645	BARAJAS FARFAN YUDY PAOLA	$0	14-11	$1,160,000	0.52%	1	$6,100	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
6	CC 1024517223	PEREZ FLOREZ JOSE ALEJANDRO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
7	CC 79999319	SILVA PEREZ JHON ALEXANDER	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
			$0					$490,900				$162,400		$81,200		$121,800

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901561860	SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS	CL 68G SUR 49D 52	6019332997	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	C	PRINCIPAL	5455901	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
5	2023	5	2023	Y	15 06 2023	68578699	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	7	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1000778186	NAVARRETE BOLIVAR SERGIO	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPSC34	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
2	CC 1033735610	RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS002	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
3	CC 1073723863	ACEVEDO ARIAS WILMER ERNEY	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS002	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
4	CC 12973153	LOPEZ ENRIQUEZ JESUS SIMEON	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
5	CC 19107699	PEREZ RODRIGUEZ LUIS CARLOS	59	4			No	001	11																30	0	30	0	EPS005	$1,160,000	12.50%	$145,000		$0	0.00%	$0	$0
6	PT 6131179	HERNANDEZ FRANCISCO MIGUEL	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS002	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
7	PT 6441647	PEÑA SANCHEZ CARLOS JAVIER	59	0			No	001	11	X															1	1	1	0	EPS002	$38,667	12.50%	$4,900	230201	$38,667	16.00%	$6,200	$0
																															$874,900				$934,200	$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF	TARIFA SENA	APORTE SENA	TARIFA ICBF	APORTE ICBF
1	CC 1000778186	NAVARRETE BOLIVAR SERGIO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
2	CC 1033735610	RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
3	CC 1073723863	ACEVEDO ARIAS WILMER ERNEY	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
4	CC 12973153	LOPEZ ENRIQUEZ JESUS SIMEON	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
5	CC 19107699	PEREZ RODRIGUEZ LUIS CARLOS	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
6	PT 6131179	HERNANDEZ FRANCISCO MIGUEL	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
7	PT 6441647	PEÑA SANCHEZ CARLOS JAVIER	$0	14-11	$38,667	6.96%	5	$2,700		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
			$0					$487,500				$0		$0		$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO SST-16. AFILIACIONES PERSONALES DE INGRESO

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Jaime Eduardo Cardozo Orduz

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI NO

x Jaime Cardozo

Firma del Afiliado

Documento de Identidad 79973421

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____ _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____ _____

El firmante a ruego

Huella índice

_____

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad:_____

Edad:_____

Dirección de domicilio:_____

_____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Jaime Eduardo Cardozo Orduz, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Jaime Cardozo

Nombre: Jaime Eduardo Cardozo Orduz

Identificación: 79973421

Fecha: 20 junio 2023

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

169256807

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio
- Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen
A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado

Código
(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Cardozo	Orduz	Jaime	Eduardo

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad
79973421

9. Sexo
Femenino Masculino X

10. Fecha de nacimiento
17 08 1979

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
Sura

16. Administradora de Pensiones
Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC
1160.000

18. Residencia
Dirección: Calle 52B sur # 28-08

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3178874411.

Correo Electrónico: jaimecardozo@hotmail.com

Municipio / Distrito: Bta

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Bta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
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

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	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	

CAP RESTREPO

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

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: Star Construcciones SAS

36. Tipo documento de Identificación: NIT [X] TI [ ] CE [ ] CC [ ] PA [ ] CD [ ]

37. Numero del documento de Identificación: 901448807

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [X] 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 RC TI CC PA CE CD SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 21 06 2023

43. EPS anterior: Famisanar

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
X Jaime Cardozo

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
X

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de Identidad: Cantidad | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de Validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

E.P.S. SANITAS
EJECUTIVOS POST-VENTA
20 JUN 2023
Recibido por

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado certifica la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial
Lorena Ballen
1015427622

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JONATHAN CAMILO PULIDO GOMEZ identificado(a) con CC 1013636336 seencuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/04/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO IPANEMA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes de julio del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

1719054433

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectivo D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
De Arco	Mejia	Jorman	Jose

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1193037728	Femenino Masculino X	18 09 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	porvenir	1160.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 49 sur # 16-16	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3006950079	mejiadeorco

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bta	Urbana X Rural		BTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo con Clave	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	UAP RESTREPO	
B		
B		

KPRATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

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: gtor Construcciones SAS

36. Tipo documento de identificación: NIT X TI CE CC PA CD

37. Número del documento de identificación: 901418807

38. Tipo de aportante (asignado por Personas al registrarse por la EPS)

39. Ubicación
Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito:

Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código:
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC CE PA CD SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 14 06 2023

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Código:

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la Base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. De acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

x jorman de arco

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

x July Rivillo

IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN — Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de Validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número del documento de identidad

71. Firma del Funcionario

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
14 JUN 2023

Observaciones: usuario en régimen subsidiado

Recuerde que con la firma del empleador se autoriza expresamente la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Dirección y nombre del Ejecutivo Comercial: Lovena Ballen 1015427622

Sello de Radicación

Soporte procesamiento

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado: Jorman Jose De Arco Hejia

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI

x jorman de arco

Firma del Afiliado

Documento de Identidad: 1193037728

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____, quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos

Documento de identidad

Edad

Dirección de domicilio

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Jorman Jose De Arco Hejia, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales; observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com**. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación o ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria

Firma x jorman de arco

Nombre: Jorman Jose De Arco Hejia

Identificación: 1193037728

Fecha: 14 junio 2023

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Julio Cesar Jimenez Ouitama

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI X NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI X NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI X NO

Julio Jimenez

Firma del Afiliado

Documento de Identidad 1023870143

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Julio Cesar Jimenez Ouitama, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016 y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Julio Jimenez

Firma: _____

Nombre: Julio Cesar Jimenez Ouitama.

Identificación: 1023870143

Fecha: 20 junio 2023

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

169256821

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Jimenez	Quitama	JULIO	Cesar

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1023870143	Femenino Masculino X	2 2 0 5 1 9 9 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1160.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 27 sur # 74 este 69	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3138764066	julio13jimenez@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bta	Urbana X Rural		Bta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	UAP RESTREPO	
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Stor Construcciones SAS	NIT X TI CE CC PA CD	901448807.	

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	21 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Capital Salud	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Julio Jimenez	

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Usuario en régimen Subsidiado

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado certifica la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Lorena Ballen 1015427622.	EPS SANITAS EJECUTIVO COMERCIAL 20 JUN 2023 Recibido por	

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2023, el empleador STOR CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901448807 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5851169	13/06/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003115703	JULIOJOSE ROBLES VILLA	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-06-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

I. DATOS DEL TRAMITE (Los encontrarán al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1602566814

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Kevin Stiven Jimenez Quitama

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X NO

Kevin Jimenez.
Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1021667240

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos: _____
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Kevin Stiven Jimenez Quitama, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Kevin Jimenez.
Nombre: Kevinstiven Jimenez Quitama
Identificación: 1021667240
Fecha: 20 junio 2023

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

169256814

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio
- Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen
A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado

Código
(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Jimenez	Quitama	Kevin	Stiven

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC PA SC

8. Número del documento de identidad
1021667240

9. Sexo
Femenino Masculino X

10. Fecha de nacimiento
06 06 1998

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
Sura

16. Administradora de Pensiones
Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC
1160.000

18. Residencia

Dirección: Calle 27 sur #79 este 69

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3214141028

Correo Electrónico: jimenezkevin@gmail.com

Municipio / Distrito: Bta

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: Bta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

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

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	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	UAP RESTREPO	
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la CPS)
stor Construcciones sas	NIT X TI CE CC PA CD	901448807	

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [X] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	21 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Capital Salud.	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
X Kevin Jimenez.	X

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
20 JUN 2023
RECIBIDO POR:

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Lorena Ballen 1015427622.		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010129199
9010129199

No. de Radicación: 26337662

Fecha de Radicación: 14 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BOLAÑO	Segundo Apellido: ANAYA	Primer Nombre: MAXIMO	Segundo Nombre: ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19516853	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 09 M M 02 A A A A 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NT	901448807	

39. Ubicación				
CR 44 A 78 72 SUR	3134993977	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	14 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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

Maximo Bolaño
6C. El empleador, aportante [illegible] relativo, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN 092382959

Fecha de Radicación D D 2 6 0 6 2 0 2 3 A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: [X] -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5.Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
JIMENEZ	DUITAMA	OMAR	ORLANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023870141	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 0 7 M M 1 9 8 2 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M: Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	COLPENSIONES	1.160.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 27 SUR# 79 ESTE 69		3214141028	ojimenezduitama@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [X] Rural [ ]		SUBA	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32 . Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901448807	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARRERA 44A#78-72 SUR	3134993977	storconstrucciones@gmail.com	BOGOTA	BOGOTA

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO Supersalud
FORTECO S.A. NIT. 860.513.452 - 8 TEL. (1)224 50 99

Anexo 2
INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO
Logo de la EPS: Espacio destinado a la EPS.
Número de radicación: número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.
Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico.
Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite
A. Afiliación:
Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
B. Reporte de novedades:
Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.
2. Tipo de afiliación
A. Individual:
La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
B. Colectiva:
La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
C. Institucional:
La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
D. De oficio:
La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.
3. Régimen:
Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.
4. Tipo de afiliado:
Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:
Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.
Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.
5. Tipo de cotizante:
Marque con una X la opción que corresponda:
Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.
A. AFILIACIÓN
Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:
- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:
- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad:
Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	**El Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	**El Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	**La Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**La Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	**La Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco años.
PA	**El Pasaporte** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	**Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de Refugiados o Asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:
Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
9. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
10. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:
Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.
11. Etnia:
En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	Rom (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a).

12. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:
Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente.
13. Puntaje SISBÉN:
Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:
Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indigena.
18	Población Rom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.
15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL:
Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.
16. Administradora de Pensiones:
Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.
17. Ingreso Base de Cotización — IBC:
Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.
18. Residencia:
Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.
19. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- **Primer apellido**
- **Segundo apellido**
- **Primer nombre**
- **Segundo nombre**

20. Tipo de documento de identidad:
Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.
21. Número del documento de identidad:
Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
22. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
23. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.
24. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:
Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.
26. Número del documento de identidad:
Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.
27. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
28. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios
29. Parentesco:
En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tiene incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiario al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho(18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.
31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.
32. Datos de residencia:
Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud —IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presenten la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y Precooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:
Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
36. Tipo de documento de identificación:
Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:
Escriba el número del documento de identificación.
38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.
39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones quese encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN
092382959

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [X] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguircotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 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 oafiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación 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		Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

SALUD TOTAL

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.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO Supersalud
FORTECO S.A. NIT. 860.513.452 - 8 TEL. (1)224 59 99

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no puede reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Unico de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad:

Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
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 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
14	Traslado
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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar documento de identidad, en el que consten tales modificaciones.

Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir, antes de modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante, dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante, dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador.

La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero será informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción.

Para reportar esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar datos complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera(o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 11: Movilidad**.

También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 12: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante.

Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades **9:** "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la **10:** "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que Inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el traslado
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;
Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;
Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y
Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;
Novedad 10: Terminación de la relación laboral;
Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la **novedad 14** cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la **novedad 14.** Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la **novedad 16:** "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la **novedad 18**: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO 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 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.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.
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 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:

- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) WILZON RICARDO CRUZ ALDANA identificado(a) con CC 79541204 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	17/02/2006
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 06 días del mes junio del 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

790702292

Fecha de Radicación: 21 06 2023

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 [X]	B. Colectiva [ ]	D. De Oficio [ ]	**3. Régimen**	A. Contributivo [X]
	B. Reporte de Novedades [X]			- Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ]			B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	**5. Tipo de cotizante** A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	**Código** (a registrar por la EPS) [ ] [ ]

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CALDERON	HERRERA	FRANCISCO	JAVIER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79532668	Femenino [ ] Masculino [X]	11 09 1969

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ] [ ]	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	COLPENSIONES	1160000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 12 A 34 09		3928603	FRANCISCOCALDERON@HOTMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [X] Rural [ ]	CENTRO	BOGOTA D.C.

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. 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 [ ]	DD MM AAAA

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24.	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 Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B3	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B4	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B5	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
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	LACORSALUD LTDA	
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.)
PAVIMENTOS RODALM SAS	N I T [ ] [ ] [ ]	901490968	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRR 77 55 17	2981258	PAVIEMTOSROLDAN@HOTMAIL.COM	BOGOTÁ	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 [ ]
- [X] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		21 06 2023

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 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
- [X] 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
- [X] 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.
- [X] 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
Francisco calderon herrera	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
001	11				21062023	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ][ ][ ][ ][ ]		

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LIMITADA. C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I Fecha: 21-06-2023	

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación: 29 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VARGAS	PINZON	JORGE	ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19482176	Femenino [ ] Masculino [X]	03 11 1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N M — Condición: T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PORVENIR	14000000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CALLE 67 A BIS NO. 18B-61		3012793096	JORGEVARGASPINZON.13@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [ ] Rural [X]	CENTRO	BOGOTA D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	UNICA	
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SOLUCIONES Y SERVICIOS A LA MANO SAS	NIT	901503306	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 54 SUR # 32 - 32	3102171846	SYSALAMANO@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA D.C.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [X] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguircotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del Documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha 2 8 0 5 2 0 2 3
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 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 oafiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

PORTICO S.A. NIT. 860.513.442-8 TEL. (1)691 10 88

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ALBERTO CARVAJAL GOMEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 79770757, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT 900814668, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20211227	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Marzo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot CER-AFI 21389263

www.compensar.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2023, el empleador STOR CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901448807 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5851154	13/06/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	12630892	ISMAELENRIQUE VALDES VEGA	1160000	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2023-06-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Los mal diligenciados son de exclusiva entera de los datos para de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Registro de Novedad [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Cotizante [ ] C. Beneficiario [ ] D. Adicional [ ]

Cotizante o Cabeza de Familia trasladado o afiliado adicional: A. Sí [ ] B. No [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (asignado por la EPS) [ ]

II. AFILIACIÓN

6. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
OYOLA	VELASQUEZ	ELIAS	
9. Tipo documento de identidad: CC	10. Número de documento de identidad: 1.024.502.797	11. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	12. Fecha de nacimiento: 10 04 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos permanentes

13. Etnia	14. Discapacidad	15. Puntaje SISBEN	16. Grupo de población especial
	Tipo: [ ] [ ] [ ] Condición: [ ] [ ]		

17. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	18. Administradora de Pensiones	19. Salario
Sura ARL	Protección	$1.160.000

20. Residencia			
Tran. 73 Bis 69-20	3229061684	3209942380	margaritegoyeneche@gmail.com
Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]		Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente (del cotizante)

22. Apellidos y nombres completos			
23. Tipo documento de identidad	24. Número de documento de identidad	25. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	26. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	27. Apellidos y nombres completos			
01				
02				
03				
04				
05				

	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identificación	30. Sexo: Femenino	Masculino	31. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	32. Parentesco	33. Etnia	34. Discapacidad: Tipo	Condición
01				
02				
03				
04				
05				

	35. Datos de residencia	Urbana	Rural	36. Municipio de residencia	37. Teléfono de contacto	38. Valor de la UPC asignada
01						
02						
03						
04						
05						

Solicitud de la PS privada

39. Nombre de la Entidad Promotora de Servicios de Salud - EPS

Código de la EPS

C		
B		
A		
S		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

40. Nombre o razón social	41. Tipo de documento de identificación	42. Número del documento de identificación	43. Tipo de aportante o pagador a pensiones
Carlos Julio Gutierrez Muñoz	CC	79.204.739	

44. Dirección	45. Teléfono	46. Correo electrónico	47. Ciudad	48. Departamento
Cra 30 D Bis # 43-60	3102053565	seguridadsocial.cjg@gmail.com	Bogotá	Cundinamarca

06 JUN 2023

RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN

Powered by CamScanner

capitalsalud

FORMULARIO No.

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Traslado de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios y de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad exceptuada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad
  - [x] A. Régimen Contributivo.
  - [ ] B. Régimen Subsidiado.
  - [ ] C. Mismo Régimen.
  - [ ] D. Diferente Régimen.
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del traslado de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OYOLA	VELASQUEZ	ELIAS	

Tipo de documento de identidad	Número de identificación personal	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	Fecha de expedición
CC	1024502799	[ ] / [x]	10 04 1990	05 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Fagelco del Pensionado

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 explique la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no afiliación 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 lo requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El Cotizante, cabeza de familia o Representante	55. El empleador autorizado o entidad responsable de la afiliación colectiva, transferente o del Fallecido
Elias Oyola V	Carlos J. Gutierrez

IX. ANEXOS

Cantidad	RC	TI	CE	PA	CD	CN	RC	Total
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 56. Copia del documento de identidad del cotizante.
- [ ] 57. Copia del documento de identidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de nacimiento, 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 cesación de efectos o 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 el cual 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 emitida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de traslado o 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 de municipio	Código de Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que lleva a cabo la afiliación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que con la firma de este, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009759673
9009759673

No. de Radicación: 25694312

Fecha de Radicación: 21 02 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DUARTE	Segundo Apellido: TORRES	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: ABELARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	13993187	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 07 M M: 07 A A A A: 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR	NT	900334403	

39. Ubicación				
CALLE 150 A N 48 96 OF 301	3058758	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	21 02 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	71. Firma del funcionario
		CARGO: INSTALADOR DE ENCHAPES	

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010141637

9010141637

No. de Radicación 26357805

Fecha de Radicación 20 06 2023

Código de Agencia (Si es EPS)

I. DATOS DEL TRAMITE

Este bloque de instrucciones aplica para todos los formularios excepto los de Afiliación Colectiva

1. Tipo de tramite: A. Afiliación [ ] B. Registro de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de familia [X] B. Conyuge [ ] C. Institucional [ ] D. Un Hijo [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de vinculación: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

II. AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Use mayúscula y sabana de tamiz)

6. Apellidos y nombres: TORRES | NIETO | JHON | FREDY

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1010186292
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 30 10 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Favor pertenecer)

11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de pensiones: REGIMEN DE VIDA SURAMERICANA S.A.

17. Ingreso base: $1.160.000
18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
A1				
A2				
A3				
A4				
A5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Estado
A1							
A2							
A3							
A4							
A5							

	31. Ocupación: Tipo	Código	32. Sitio de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Usted ya es afiliado adicional a registrar por la EPS
A1								
A2								
A3								
A4								
A5								

Selección de la IPS Principal

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Código de la IPS (si requiere por la EPS)

1
2
3
4

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: CARLOS GUTIERREZ
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 79209739
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar por la EPS: NT
39. Dirección: CARERA 8 BIS 43 60
40. Municipio: BOGOTA
41. Departamento: DISTRITO CAPITAL

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de afiliación [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la afiliación en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reingreso en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Error en traslado cabeza o cotizante por condiciones para validar [X] 10. Terminación de la relación aportante o pagador de las condiciones para seguir aportando [ ] 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 inicio de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	48. Fecha novedad: 20 06 2023
49. EPS anterior		50. Motivo de traslado: Código	51. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

52. [illegible]
53. [illegible]
54. [illegible]
55. [illegible]
56. [illegible]
57. [illegible]
58. [illegible]
59. [illegible]
60. [illegible]

IX. FIRMAS

Jhon Fiedy torres Nieto

Carlos J. Gutierrez

X. ANEXOS

61. Anexo: copia del documento de identidad [ ] Cantidad [ ] Folios [ ]
62. Copia del documento de ciudadanía permanente emitido por la autoridad competente
63. Copia del registro civil de nacimiento o de la Tarjeta de identidad, ambos de cualquier indicativo serial que tenga la persona
64. Copia de la escritura pública o sentencia judicial con filiación o inscripción auténtica en partida que acredite la legitimación de hijastros y entenados en el caso de que exista
65. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
66. Copia del documento de identidad de la madre o del padre
67. Copia del documento en que conste la patria potestad o la custodia de adultos de los padres y el certificado de afiliación de los padres o el documento que acredite la calidad de cabeza de familia
68. Copia de la autorización de ingreso por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
69. Constancia por escrito para la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
70. Copia del acta, convenio o contrato de afiliación colectiva en la que conste la calidad de beneficiario o servidores a afiliar en dicho

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

71. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	72. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	73. Fecha de radicación	74. Fecha de validación

75. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

76. Firma del funcionario

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010106233
9010106233

No. de Radicación: 26300495

Fecha de Radicación: 06 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ROA	Segundo Apellido:	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: DEIBY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1006321288	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 18 M M: 08 A A A A: 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición							
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GLOBAL SERVICESTEMPORAL	NT	901316267	

39. Ubicación				
AV CRA 24 37 60 P2	3162482038	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 06 M M: 06 A A A A: 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante u entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	71. Firma del funcionario
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION	

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010154261

9010154261

No. Radicado 26379054

Fecha Radicación 23 06 2023

1. Tipo de cotizante: 4. Dependiente X
2. Tipo de afiliado: 1. Cotizante X
3. Régimen: 1. Contributivo X
4. Tipo de afiliado: 1. Cotizante X
5. Tipo de vinculación: 1. Dependiente X

A. AFILIADO

6. Apellidos y nombres: CORTES | BENITEZ | LUIS | EDUARDO

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de identificación: 11335673
9. Sexo: M X
10. Fecha de nacimiento: 02 01 1966

11. País: 12. Municipio 13. Puesto SISBEN 14. Dirección de residencia: BRR MONTSERRATE A

15. Teléfono: 16. Correo electrónico:

17. Ingreso base de cotización: $1.160.000 18. Actividad económica:

19. Autoriza a recibir notificaciones electrónicas: Sí No

B. DATOS DE AFILIACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Cuando aplique se identificarán los cónyuges o compañeros permanentes reportados)

20. Apellidos y nombres:
21. Tipo de documento de identidad:
22. Número de documento de identidad:
23. Sexo: M F
24. Fecha de nacimiento:

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

25. Apellidos y nombres:

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
25				
26				
27				
28				
29				

	26. Tipo de documento de identidad	27. Número de documento de identidad	28. Sexo M F	29. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 30. Parentesco	31. Sexo
25						
26						
27						
28						
29						

	32. Ocupación	33. Datos de residencia: Tipo	Dirección / Detalle	Zona Urbano Rural	Departamento	Teléfono de contacto	34. Tipo de UPC de afiliado adicional a cotizante en la EPS
25							
26							
27							
28							
29							

Información de la EPS Primaria

	35. Número de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS a reportar con la EPS
25		
26		
27		
28		
29		

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

36. Nombre o razón social: CARLOS GUTIERREZ
37. Tipo de documento de identificación: CC
38. Número de documento de identificación: 79209739
39. Tipo de aportante o pagador de cotizantes no regidos por la LOSS: NT
40. Dirección: CARERA 8 BIS 43 60
41. Municipio: BOGOTA
42. Departamento: DISTRITO CAPITAL

D. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad:
1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la afiliación por EPS
6. Suspensión de la EPS
7. Inclusión de beneficiarios en afiliado cotizante
8. Exclusión de beneficiarios en afiliado cotizante
9. Inicio de nueva relación contractual o de servicios
10. Terminación de la relación contractual o de servicios
X 11. Traslado de la persona desde o entre EPS de los cotizantes por cambio laboral
12. Inclusión a novedad especial entre diferentes colectivos
13. Suspensión de una unidad institucional por cambio ofrecimiento colectivo
14. Ingreso a Régimen Contributivo
15. Ingreso a Régimen Subsidiado
16. Traslado a Mismo Régimen
17. Cambio de Régimen
18. Retiro del cónyuge o compañero o compañera
19. Retiro de la unidad de Pensionados
20. Retiro de la unidad de Funcionarios

E. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Entidad anterior de afiliación

	Número de documento de identidad	Sexo M F	Fecha de radicación	45. Fecha novedad
46. EPS anterior				23 06 2023

47. Ingreso Base de Cotización | 48. Días de Cotización Pensión | Salud | Riesgos Profesionales | 49. Días en Mora

F. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario es veraz y completa.
51. Autorizo a la EPS para consultar mi información en bases de datos de entidades públicas o privadas.
52. Autorizo a la EPS para que la información suministrada sea utilizada para fines estadísticos y de investigación.
53. Autorizo a la EPS para que la información suministrada sea utilizada para fines de mercadeo y publicidad.
54. Autorizo a la EPS para que la información suministrada sea utilizada para fines de mercadeo y publicidad.
55. Autorizo a la EPS para que la información suministrada sea utilizada para fines de mercadeo y publicidad.
56. Autorizo a la EPS para que la información suministrada sea utilizada para fines de mercadeo y publicidad.

Luis E Cortes — Carlos J. Gutierrez

51. Firma del afiliado o cotizante

G. ESPACIO PARA ACLARACIONES O OBSERVACIONES

57. Nombre completo del funcionario que recibe la solicitud
58. Cargo del funcionario que recibe la solicitud
59. Fecha de radicación
60. Fecha de vencimiento

61. Datos del funcionario que realiza la validación

62. Tipo de documento de identidad
63. Número de documento de identidad
64. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

Copia Empleador

INTERNET

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/03/2023, el empleador ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS identificado con NIT número 900334403 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5558959	18/03/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79647479	LUISFERNANDO SANABRIA ROCHA	1160000	OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS	2023-03-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Marzo del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010069266
9010069266

No. de Radicación: 26237768

Fecha de Radicación: 25 05 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: PEÑUELA	Segundo Apellido: COLMENARES	Primer Nombre: MARCO	Segundo Nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1022950642	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 14 M M: 02 A A A A: 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA ESTRUCTURAL Y	NT	900262339	

39. Ubicación				
TRAV 24 54 31 OFC 405	8053344	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		24 05 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: SOLDADOR

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009204276	0|4|0|3|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
MIRANDA Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	JOSE Primer nombre	LUIS Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	9268295	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|3|1|9|7|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CALLE 23 B # 65 - 45		324568293	PEDROC1940@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	BOSA	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS COMPLEJO MEDICO LA FLORIDA MEDICA - VS COMPLEJO MEDICO LA FLORIDA ODONTO	VSCMFLORID - VSLAFLORID
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR S A S	NIT	900334403	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 44 10 43 OF 101	6352485	DIRECCIONPROYECTOS.ARQUITEC@GMAIL.COM	SOACHA	CUNDINAMARCA

No de Radicacion
4009204276

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|4|0|3|2|0|2|3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILZON RICARDO CRUZ ALDANA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79541204,** se encuentra afiliado/a desde **11/09/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO SUB 51698
RADICADO No. 2019_1887222 27 FEB 2019

POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UNA INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE VEJEZ.

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) CORTES BENITEZ LUIS EDUARDO, identificado(a) con CC No. 11,335,673, solicita el 12 de febrero de 2019 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2019_1887222.

Que nació el 2 de enero de 1956 y actualmente cuenta con 63 años de edad.

Que obra declaración juramentada extrajuicio en la que el(a) solicitante manifiesta su Imposibilidad de continuar cotizando al sistema general de pensiones.

Que el (la) peticionario(a) ha cotizado los siguientes tiempos de servicio:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
COLMENARES PEREZ JULIO	19850411	19851224	TIEMPO SERVICIO	258
CONTENTO CARDOZO JORGE E	19940517	19941231	TIEMPO SERVICIO	229 1993
ALMACEN DENTAL VITACOL LTDA	19990301	19991231	TIEMPO SERVICIO	300
ALMACEN DENTAL VITACOL LTDA	20000101	20000331	TIEMPO SERVICIO	90
ALMACEN DENTAL VITACOL LTDA	20000601	20000630	TIEMPO SERVICIO	30
ALMACEN DENTAL VITACOL LTDA	20010101	20010228	TIEMPO SERVICIO	60
ALMACEN DENTAL VITACOL LTDA	20010801	20010831	TIEMPO SERVICIO	30
1 COLMENARES PEREZ JULIO	20010901	20011231	TIEMPO SERVICIO	120
1 COLMENARES PEREZ JULIO	20020101	20020131	TIEMPO SERVICIO	30
1 COLMENARES PEREZ JULIO	20020201	20021231	TIEMPO SERVICIO	330
1 COLMENARES PEREZ JULIO	20030401	20031231	TIEMPO SERVICIO	270
1 COLMENARES PEREZ JULIO	20040701	20041231	TIEMPO SERVICIO	180

En merito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer y ordenar el pago de una Indemnizaci Sustitutiva de la Pensión de Vejez por una sola vez, a favor del (a) señor(**CORTES BENITEZ LUIS EDUARDO,** ya identificado, en cuantía $12,446,657.00 DOCE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS M SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE de conformidad con expuesto en la parte motiva de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente pago único será ingresado en la nómina de periodo 201903 que se paga en el periodo 201904 en la central de pagos de banco BBVA C. P. 1ERA QUINCENA de BOGOTA DC AC 68 90 88 LC 262A CAFAM FLORESTA.

ARTÍCULO TERCERO: Esta indemnizacion estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	4604	$12,446,657.00

ARTÍCULO CUARTO: La presente Indemnización Sustitutiva de pensión Vejez es incompatible con las pensiones de vejez y de invalidez. Salvo lo dispuesto en el artículo 53 del decreto 1295 de 1994.

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) **CORTES BENITEZ LUIS EDUARDO** haciéndole saber que en caso de inconformidad contra la presente resolución, puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

SUB 51698
27 FEB 2019

COMUNIQUESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE



ZARETH ALEXANDRA CORREA CALDERON
SUBDIRECTOR DETERMINACION IX FUNCION ASIG SUB III
COLPENSIONES

LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

REVISOR AUTOMATICO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OYOLA VELASQUEZ ELIAS** identificado(a) con **CC** número **1.024.502.797** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de mayo de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de junio de 2023.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202306050723

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON FREDY TORRES NIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.186.292**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS MIRANDA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.268.295**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

Nº22817926

22817926

CR 37 4D 12A | Ciudad: Bogota | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2023 08 21

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias: /

Traslado de AFP
(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: C.C / T.I | C.E | PAS | R.C | C.D
Nº de Documento de Identidad: 1047518158
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 2021 0830
Lugar de Expedición: Chia
Género: M / F
Es Pensionado (Jubilado): SI | NO —

Primer Apellido: Ayola
Segundo Apellido: Tobar
Primer Nombre: Alexander
Otros Nombres:

Fecha de Nacimiento: 19700722
Lugar de Nacimiento: Libertador
Nacionalidad: Colombiana | Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cll 2b #34-12.
Barrio:
Ciudad/Municipio: Bogota
Departamento: Cundinamarca
Nº. de Teléfono Fijo:
Nº. de Teléfono celular: 3124667658
Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI / NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): Contabilidad@arquitec.com.co
Dirección Laboral: Cll 150A #48-96
Ciudad: Bogota
Departamento: Cundinamarca.
Nº. de Teléfono:

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT / C.C | C.E | PAS | T.I
Nº de Documento de Identidad: 900334403
Nombre y/o Razón Social: Arquitectura y diseño.
Ciudad: Bogota
Dirección Empleador: Cll 150A #48-96
Departamento: Cundinamarca.
Teléfono(s):
Ocupación o Cargo Actual: Operario
Salario o Ingreso Mensual: $1.160.000
Salario Integral: y/o $
Envío de Notificación | Sucursal Principal / | Sucursal Ciudad | Tipo de Trabajador | Independiente Contratista | Dependiente — | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	

*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas
Tengo Derecho al Bono Pensional: SI | NO /
Entidad en la cuál se realizó la cotización:

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladar al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexo la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones le notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

Hago constar que la selección del Régimen de forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Porvenir para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. Raiz la ha efectuado en

Powered by CamScanner

Bogotá DC. 23 de Junio de 2,023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 23/6/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 11335673
Nombres y Apellidos	LUIS EDUARDO CORTES BENITEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 79209739
Razón Social Empleador	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	23/6/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	23/6/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 6 de Junio de 2,023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 79541204
Nombre	: WILZON RICARDO CRUZ ALDANA
Empresa/Contratante	: COLFIBRAS JC SAS
Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901079865
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/01/22
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/12/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a Quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramirez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 Icontec SC 5692-14

IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

Base f.

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

A D
8051604618068
2023-02-22 00:00 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD: [X] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado — Fecha de Radicación

II. NOVEDADES (MARQUE LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: 900804403-3	Razón Social: arquitectura y diseño Haddar S.A.S.
Dirección: CLL 150A # 118 98 DEC 3011	Departamento: Cundinamarca
Teléfono: 5058758474	

IV. TIPO DE AFILIADO

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Primer Nombre: Alexander	Primer Apellido: Ayola	Segundo Apellido: Tobar
C.C. [X]	No. 1104715118168	Fecha de Nacimiento: 19-10-04-22
Fecha de Ingreso: 2023 02 22	Salario: 2410	Auxilio de Transporte: [X]
Dirección de Residencia: CLL 228 # 134 1-112	Municipio: Bogotá	Departamento: Cundinamarca
Dirección Laboral: CLL 150A 118 98 DEC 3011	Municipio: Bogotá	Departamento: Cundinamarca
Correo Electrónico: contabilidad@arquitec.com.co	País: colombia	

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo Doc.	No. Documento Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. Recuerda diligenciar de forma clara y completa los datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además tener presente que puedes cambiar tu clave de afiliación Multipuntos con el dígito de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, solicítalo! Ellos asignan de forma aleatoria este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

[X] SI [ ] NO

FIRMA, SELLO DEL EMPLEADOR

HUELLA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

X 00 516

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.047.518.158**

AYOLA TOBAR

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUL-1970**

LIBERTADOR - DISTRITO FEDERAL
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

30-AGO-2021 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1505500-01271074-M-1047518158-20211204 0077180163A 2 8502771175

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JHON DEIBY ROA identificado(a) con CC No. 1006321288, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GLOBAL SERVICE S TEMPORAL OUTSOURCING SAS con NIT 9013162675:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/06/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/06/2023.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 06/06/2023

VIGILADO SuperSubsidio

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

A D
8051404612235
2023-02-20 00:00 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD: [x] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado — Fecha de Radicación

II. NOVEDADES (SELLA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE APORTES: [ ] Ingreso [ ] Reintegro por identificación [ ] Retiro [ ] Cambio de Aporte

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO: [ ] Cónyuge [ ] Hermanos [ ] Padres [ ] Hijastros [ ] Descapacitado por Cuidado

RETIROS: [ ] Voluntario [ ] Cumplido por fallecimiento [ ] Personas a cargo [ ] Salario sin cotización [ ] Cambio de grupo familiar

CAMBIO DE UBICACIÓN: [ ] Dirección y teléfono [ ] Centro asignado — Fecha de novedad — Otro

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT [x] C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ] — No. 900340405-3 — Nombre o Razón Social: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR S.A.S — Sector Oficial: Público [ ] Mixto [ ] — Actividad: 8010

Dirección: CL 150A 48 92 OF C 101 — Departamento: CUNDINAMARCA — Teléfono: 3055758474

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente [x] — Servicio Doméstico [ ] — Madre Comunitaria [ ] — Sistema independiente 2% [ ] — Pensionado aporte del 0% [ ] — Pensionado aporte del 1.5% [ ] — Pensionados aporte del 2% [ ] — Cotizante 3% o más [ ] — Facultativo aporte del 0.6% [ ] — Facultativo aporte del 2% [ ] — Independiente aporte 0.6% [ ]

Independiente aporte 2% [ ] — Trabajador en el exterior [ ] — Voluntario [ ] — ¿Afiliación se primera vez como cotizante? SI [x] NO [ ] — ¿Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación indique cuál? — Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: JOSÉ ABELARDO — Primer Apellido: GUARÍN — Segundo Apellido: TORRES

C.C. [x] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ] R.C. [ ] No. 1130931807 — Género: M [x] F [ ] — Fecha de Nacimiento: 19/01/2007

Nivel Ocupacional: Operativo [x] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [ ] — Nivel Educativo: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [x] Técnica [ ] Profesional [ ] Otro [ ]

Ingreso a la empresa: 20/03/2023 — Nacionalidad: 240 — Tipo cotizante: 19 [x] 51 [ ] — Subtipo Subcotizante: 11600000 — Código: 3214768954 — EPS (Solo para independientes) — AFP (Solo para independientes)

Dirección Vivienda: CRA 22C 81 14 - 30 — Municipio: BOGOTA — Departamento: CUNDINAMARCA — Rural [ ] Urbano [x] — Teléfono

Dirección Trabajo: CL 150A 48 96 OF C 301 — Municipio: BOGOTA — Departamento: CUNDINAMARCA — Rural [ ] Urbana [x] — Teléfono

Correo Electrónico: CONTABILIDAD@ARQUITEC.COM.CO — País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior): COLOMBIA — Programa (Solo no dependientes)

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA — [ ] Ninguno [ ] Trabajo Anterior — Fecha Ingr: — Fecha Afiliación:

Nombre o razón social — NIT — Caja por la cual recibe subsidio

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] T.I. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ] R.C. [ ] No. — Fecha de nacimiento — Género — Trabaja — Subtipo Subcot. — Fecha de ingreso a la empresa

Nombres — Primer apellido — Segundo apellido

Razón Social — NIT — Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ] — Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al beneficio de cuota monetaria debe anexar los documentos exigidos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Parentesco	Doc.	No. Documento Identificador	Nombres	Apellidos	Discapacidad	Fecha de Nacimiento	Estudia

Aportes Adicionales: Si [ ] No [x] Desafilia a sus cargo, aportantes para subsidio(s) que sea(n) pagado(s) en dinero o especie. Para lograrlo es responsable con una autorización para consultar en la Base de Datos Integrada de la Seguridad Social (BDISS) para verificar los requisitos para el(los) beneficio(s) que Usted(es) solicita(n) y de acuerdo con la información que Usted suministre, Colsubsidio podrá(n) negar el(los) beneficio(s) solicitado(s).

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una calificada red de aliados de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercancías tales a través de sus establecimientos, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y créditos rotativos, para que en el desarrollo de las mismas se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para capacitarme dichos datos de manera total o parcial y los personales previstos en las cuales tengan participación nuestras subordinadas, así como a los aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, realizar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán suministrados a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. Sí [x] NO [ ]

Cabe destacar además que podré manifestar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y ejercer cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Línea de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7437300,línea nacional gratuita 018000347500, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de las Cadenas de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para los fines de las Cajas y en cuanto sea aplicable en cumplimiento de las artículos 3, 18, 21 y 31 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec. 2340/15, Dec. 780/16 y Res. 888/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi subsidio a descontar y entregar a Colsubsidio el 2% (0.6% de este más como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR — FIRMA Y CÉDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Puntos Adicionales	Categoría	Caja de Ubicación	Clase Afiliado	Observaciones
X	00		514	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 13.993.187
DUARTE TORRES

APELLIDOS
JOSE ABELARDO

NOMBRES

Jose Abelardo Duarte

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1981
CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
02-FEB-2000 CAJAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

A D
8051604639412
2023-03-06 00:00 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

A. TIPO DE NOVEDAD: [X] Afiliación [ ] Retiro [ ] Traslado — Fecha de Radicación

B. NOVEDADES (SELLA LA NOVEDAD QUE USTA REPORTAMOS Y DILIGENCIE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
[ ] Ingreso	[ ] Hijo/a	[ ] Voluntario	[ ] Dirección y teléfono
[ ] Cambio de Caja de Compensación	[ ] Cónyuge/Compañero/a	[ ] Cobertura por fallecimiento	[ ] Correo electrónico
[ ] Retiro Vía	[ ] Padres	[ ] Pensionado a Cargo	Fecha Novedad:
[ ] Cambio de Ajuste	[ ] Hermanos	[ ] Cese de convivencia	Obs:
	[ ] Dependiente por Custodia	[ ] Hermano con grupo familiar	

C. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: 900345401 DV: 7	Nombre o Razón Social: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR S.A.S
Dirección: CL 154A 46 06 OFC 301	Departamento: CUNDINAMARCA
Teléfono: 3057584784	Sucursal: BOGOTA

D. TIPO DE AFILIADO

Dependiente [X] — Servicio Doméstico [ ] — Madre Comunitaria [ ] — Trabajo Independiente (1%) [ ] — Pensionado aporte del 4% [ ] — Pensionado aporte del 2 1/2 % [ ] — Pensionado aporte del 2% [ ] — Fidelidad 20 años [ ] — Facultativo aporte del 6.4% [ ] — Facultativo aporte del 2% [ ] — Independiente aporte 12.5% [ ]

Independiente aporte 2% [ ] — Reingreso por el empleador [ ] — Voluntario [ ]

¿Afiliado(a) por primera vez como no dependiente? SI [X] NO [ ]

Si aplica, indique a cuál Caja de Compensación Familiar la retiró: Cód:

E. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: JOSE LUIS	Primer Apellido: MIRANDA	Segundo Apellido: MARTINEZ

C.C. [X] C.E. [ ] C.D. [ ] TI [ ] NE [ ] PT [ ] NUIP [ ] No.: 1026260905 — Estado Civil: SO [X] CA [ ] SE [ ] DI [ ] UL [ ] V [ ] — Fecha de Nacimiento: 30 07 1986 — Género: M [X] F [ ] I [ ]

Nivel Ocupacional: Operativo [X] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [ ] — Nivel Educativo: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [X] Técnico [ ] Profesional [ ] Otro [ ]

Fecha ingreso a la empresa: 20 30 04	Ocupación: 240	Pensionado: JP [X] NU [ ]	Código Caja Compensación: 3160000	Cód. Alt.: 5115141168	EPS (Sólo para independientes):

APF (Sólo para independientes):

Dirección de residencia: CRA 6 A 151 # 160 - 30	Municipio: BOGOTA	Departamento: CUNDINAMARCA	Rural: [ ] Urbano: [X]	Teléfono:
Dirección Trabajo: CL 154A 46 06 OFC 301	Municipio: BOGOTA	Departamento: CUNDINAMARCA	Rural: [ ] Urbano: [X]	Teléfono:

Correo Electrónico: CONTABILIDAD@ARQUITEC.COM.CO — País y Ciudad de Residencia (Sólo para Residentes en el Exterior): COLOMBIA — Programa (Sólo Pensionados):

F. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CASOS DE TRABAJA: [ ] Simultáneos [ ] Trabajo mixto — Fecha inicio: — Fecha retiro:

Nombre o razón social:	Nit:	Caja por la cual recibe subsidio:

G. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] C.E. [ ] CD [ ] TI [ ] NE [ ] PT [ ] No.: — Fecha de nacimiento: — Género: M [ ] F [ ] — Estado Civil: SO [ ] CA [ ] SE [ ] DI [ ] UL [ ] V [ ] — Fecha de matrimonio o unión marital:

Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido:
Correo e-mail:	Nit:	Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ] — Caja por la cual recibe subsidio:

H. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos requeridos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Parentesco: Cónyuge	Hijastro	Padrastro	Hijo	Padre	Hermano	Nieto	Abuelo	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Género: M	Género: F	Discapacidad	Fecha de Nacimiento

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de líneas de negocio como la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercancías a través de sus puntos de venta, Arquitectos, Centros y centros de atención, como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para lo cual en el desarrollo de las mismas se envía, recolecta, almacena, usa, circula, suprime, procesa, compila, intercambia, actualiza y dispone de los datos que tiene suministrados por mí, del cual para cualquier duda sobre de manera real o jurídica a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre sus diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promocionales o comerciales de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluación del servicio, realizar estudios e investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán accesibles a las firmas nacionales administradoras contratadas a la Ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfono fijo o cualquier otro medio de similar o que permitan la tecnología. SI [X] NO [ ]

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link: www.colsubsidio.com "transparencia políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y ejercer cualquier solicitud, petición o queja por medio de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea fijo nacional gratuita 018000941000 (opción web) www.colsubsidio.com (opción asesor al cliente) correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com) personalmente en cualquiera de las Oficinas de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE:
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es cierta y necesaria para los fines de la Caja y no oculto ni incorporo en cumplimiento de los artículos 1, 16, 27 y 57 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec. 2340/03, Dec. 598/04 y Res. 026/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi salario empleador descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor, conforme lo establecen.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA Y CÉDULA DEL AFILIADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Fecha Solicitud	No. Beneficiarios	Causal de retiro	Código Retiro	Observaciones
[ ]	X 00		516	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **9.268.295**

MIRANDA MARTINEZ

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-1970**

SAN SEBASTIAN DE BUENAVISTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-JUL-1988 MOMPOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAC

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

A D
8052504664112
2023-03-21 23:19 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD: [x] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado

Fecha de Radicación

II. NOVEDADES (SELLAR LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS: [ ] Ingreso [ ] Reactivación de beneficiarios [ ] Retiro de Aportes

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO: [ ] Hijos [ ] Cónyuge [ ] Padres [ ] Hijastros [ ] Dependientes con Custodia

RETIROS: [ ] Fallecido [ ] Cónyuge por Matrimonio [ ] Pensión y Jorge [ ] Cese de Convivencia [ ] Cambio de Grupo Familiar

DATOS DE UBICACIÓN: [ ] Dirección y Teléfono [ ] Correo electrónico

Fecha Novedad: 01 03 2023

Otra: _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: 900303403-3

Nombre o Razón Social: ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR S.A.S

Sigla: [ ] Privada [x] Mixta

Actividad: 8090TA

Dirección: CL 25 GA 48 94 OFC 301

Departamento: CUNDINAMARCA

Teléfono: 3056758787

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente: [x] Servicio Doméstico: [ ] Madre Comunitaria: [ ] Tarifa independiente 2%: [ ] Pensionado aporte del 0%: [ ] Pensionado aporte del 0.6%: [ ] Pensionados aporte del 2%: [ ] Fidelizar 25 años: [ ] Facultativo aporte del 0.6%: [ ] Facultativo aporte del 1%: [ ] Independiente aporte 0.6%: [ ]

Independiente aporte 2%: [ ] Trabajador en el exterior: [ ] Voluntario: [ ]

¿Recibe Ud. ingresos adicionales no declarados? SI [x] NO [ ]

¿Le aportan cotizan a alguna Caja de Compensación familiar o cual? Otra:

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombre: LUIS FERNANDO

Primer Apellido: SANABRIA

Segundo Apellido: ROCHA

C.C [x] C.E [ ] T.I [ ] N.U [ ] P.E [ ] P.A [ ] No. 1 0 1 3 7 3 3 2 9

Estado Civil: SO [x] CA [ ] SE [ ] DI [ ] V [ ]

Fecha de Nacimiento: 28 03 1984

Género: F [x] M [ ]

Nivel Ocupacional: Operativo [x] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [ ]

Nivel Educativo: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [x] Técnico [ ] Profesional [ ] Otro [ ]

Ocupación: 2123 Antigüedad: 03 Trabajador: JP [x] SL [ ] Salario Básico Mensual: 3160000 CIIU: 4543

CPE (Cód. Cons. Postal Empleo): APP (Cód. Cons. Postal Persona):

Dirección de residencia: CALLE 45 B 67 - 98

Municipio: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA Rural: [ ] Teléfono:

Municipio Trabajo: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA Rural: [x] Teléfono:

Correo Electrónico: CONTABILIDAD@ARQUITEC.COM.CO

País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior): COLOMBIA

Programa (Solo Pensionados):

VI. INFORMACIÓN CÓNYUGE EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA: [ ] Adicionales [ ] Trabajo Conjunto Fecha Inicio: Fecha Afiliación:

Nombre o Razón Social: Nit: Cese con la cual existe vínculo:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

Tipo: C.C [ ] C.E [ ] T.I [ ] P.E [ ] Nro.

Fecha de nacimiento: Género: Estado Civil: Parentesco: Fecha de ingreso a la empresa:

Nombres: Primer apellido: Segundo apellido:

Correo electrónico: Nit: Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ] Cese con la cual existe vínculo:

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Tipo Doc.	No. Documento Identificación	Apellidos	Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento

Información Adicional: Si el beneficiario cuenta con discapacidad física, sensorial o cognitiva, por favor indique: Tipo de discapacidad: Certificado de discapacidad expedido por: Fecha de expedición del certificado: Entidad que expide el certificado:

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuentan con una extensa red de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como los centros de todo tipo de mercancías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y demás relacionados con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se lleve, recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a los terceros señalados en las cuales tengan participación accionaria o de control o vínculos económicos, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, con el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promocionales o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios e investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de comercialización. Los cuales serán suministrados a las líneas establecidas exclusivamente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones a cada uno de mis datos de contacto tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI [x] NO [ ]

Colsubsidio informa al titular que para consultar los términos y condiciones en línea www.colsubsidio.com "Sabrá de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y ejercer cualquier derecho relativo a su dato personal, podrá ingresar a la línea de atención al cliente Colsubsidio: Línea Azul: desde Bogotá 7457000 línea nacional gratuita 018000917000, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicios Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE

Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y verdadera y para los fines de la Caja y no puede ser suprimida sin cumplimiento de los artículos 3, 19, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec. 2353/03, Dec. 990/04 y Res. 0388/04.

NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de mi salario como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Fecha Recibido	No. Beneficiarios	Causal de retiro	Código Asesor	Observaciones

X 00 525

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

79.647.479
SANABRIA ROCHA

LUIS FERNANDO



23-FEB-1975
LA PALMA
(CUNDINAMARCA)

1.75 | O+ | M

15-ABR-1993 BOGOTA D.C.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **DIBIER JONNATHAN CRUZ SERRANO** con **CC** No. **1022351126**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901079865 - COLFIBRAS JC SAS	**Fecha de última cobertura:** 28/12/2018 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTALADOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015313425.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_1_FR15 v_06

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIBIER JONNATHAN CRUZ SERRANO identificado(a) con cedula ciudadania 1022351126, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa COLFIBRAS JC SAS NIT 901079865, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20181219	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Mayo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 21852347

www.compensar.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CRUZ SERRANO DIBIER JONNATHAN** identificado(a) con **CC** número **1.022.351.126** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de marzo 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 16 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202305161202

Medellín, 27 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 CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, 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
C79770757	CARVAJAL GOMEZ ALBERTO	14/12/2021		15219522	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8028380723178601 33

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2023 16:42:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.67, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 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 CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, 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
C80283807	LUQUE BENAVIDES DIEGO FERNANDO	30/03/2015		175217T2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072317860279

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2023 16:44:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.67, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 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 CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, 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
C1024524338	VELOZA PARRA FABIAN	28/01/2022		136Z7245	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072317860405

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2023 16:46:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.67, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 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 CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, 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
C1077975089	LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE	26/01/2022		44125232	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072317860338

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2023 16:45:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.67, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 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 CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, 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
C1090180956	PARRA GOMEZ JEAN CARLOS	04/02/2023		13823515	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072317860192

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2023 16:43:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.67, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 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 CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, 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
C1193311210	ROJAS RICO JEISON JAVIER	16/02/2023		232202i3	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072317860486

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2023 16:48:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.67, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIEGO FERNANDO LUQUE BENAVIDES identificado(a) con CC 80283807 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS KENEDY
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de junio del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FABIAN VELOZA PARRA identificado con CC 1024524338 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **01/08/2019**

IPS Cotizante: **CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
ERIK DAMIAN VELOZA RODRIGUEZ	RC 1023410694		BENEFICIARIO	01/08/2019	CANCELADO
YEIMI NATALY RODRIGUEZ ROJAS	CC 1026564329		BENEFICIARIO	01/10/2019	CANCELADO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 27 días del mes de junio del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Bogotá, Junio 27 de 2023

Señor:
LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE
CC. 1077975089
CL 56 F SUR 95 9 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 26 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LUQUE CORREDOR DULCE MARIA	1023419527	R	Ago-24-2020	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CORREDOR MORENO ANA MARIA	1023944246	C	Jun-12-2020	52	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE	1077975089	C	Jun-26-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ CORREDOR ANA SOFIA	1146138279	R	Dic-29-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1077975089	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1077975089	Dependiente	VIGENTE
SUMINISTRAMOS RECURSOS HUMANOS TEMPORALES SUMITEMP	1077975089	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Bogotá, Junio 27 de 2023

Señor:
PARRA GOMEZ JEAN CARLOS
CC. 1090180956
VRD CABECERAS EL 1 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 2 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
PARRA GOMEZ JEAN CARLOS	1090180956	C	Mar-2-2023	17	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1090180956	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Bogotá, Junio 27 de 2023

Señor:
ROJAS RICO JEISON JAVIER
CC. 1193311210
CL 65 105C 52 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 1 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ROJAS RICO JEISON JAVIER	1193311210	C	Mar-1-2023	12	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1193311210	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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:

DIEGO FERNANDO LUQUE BENAVIDES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.283.807**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FABIAN VELOZA PARRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.524.338**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DUVAN FELIPE LUQUE CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.975.089**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 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.

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:

JEAN CARLOS PARRA GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.180.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEISON JAVIER ROJAS RICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.311.210**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

CÓDIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación: 23 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Cotizante [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (el registra en la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Gracia	Vellojin	anibal	alberto

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1003026841		05 05 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos beneficiarios

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales (ARL)	16. Administradora de Pensiones	17. Régimen Especial de cotización (RIC)
positiva		

18. Residencia					
calle 39 g sur A 2 k-95	Teléfono	3244650008	anibalgracia39@gmail.com		
Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]			Bogotá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente/padres

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
61				
62				
63				
64				
65				

	27. Tipo de documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. Sexo: Femenino	Masculino	30. Fecha de nacimiento
61					D D M M A A A A
62					D D M M A A A A
63					D D M M A A A A
64					D D M M A A A A
65					D D M M A A A A

Datos complementarios

	31. Parentesco	32. Etnia	33. Discapacidad: Tipo		Condición	
			I	II	I	II
61						
62						
63						
64						
65						

	34. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	35. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
61						
62						
63						
64						
65						

Selección de la IPS Primaria

	36. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	37. Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C	VS 20 julio - VS 20 julio	
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

38. Nombre o razón social	39. Tipo de documento de identificación	40. Número del documento de identificación	41. Tipo de aportante (Empleador, pagador de pensiones) (a registrar por la EPS)
Sigma construcciones	NIT	901378317	I

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
			Bogotá	Bogotá

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-FYGA-F001 V.2 0-0920

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS

NIT 800.130.907-4

CÓDIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D / M M / A A A A)	42. Fecha 25.05.2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
mutual ser.		

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 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
anibal alfaro grajal	ELIANA SANCHEZ

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D / M M / A A A A)	69. Fecha de validación (D D / M M / A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYDA-F001 V 2.0-2019

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010456280	2|3|0|6|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
MARTINEZ Primer apellido	BARRANTES Segundo apellido	GERMAN Primer nombre	YESID Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1149452447	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|1|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CR 77 C 69 A 58 **Dirección**	**Telefono fijo**	3023500357 **Telefono celular**	GERMANYESID2013@OUTLOOK.COM **Correo electronico**

SOACHA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	KENNEDY **Localidad / comuna**	CUNDINAMARCA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficianos y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GERMAN YESID MARTINEZ BARRANTES	CC	1149452447	01

39.Ubicación

CR 77 C 69 A 58 Dirección	3023500357 Teleéfono	GERMANYESID2013@OUTLOOK.COM Correo electrónico	SOACHA Municipio/distrito	CUNDINAMARCA Departamento

Powered by CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 26/06/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

No. RADICADO:	36260160
RÉGIMEN:	Contributivo
TIPO DE TRÁMITE:	Reingreso
FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2023-06-26
TD AFILIADO:	PE
NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	812948731081972
TD EMPLEADOR:	NIT
NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	901027917
FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
IBC:	$1.160.000,00
No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 26 días del mes de Junio de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010456280	2|3|0|6|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
MARTINEZ Primer apellido	BARRANTES Segundo apellido	GERMAN Primer nombre	YESID Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1149452447	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|1|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CR 77 C 69 A 58 **Dirección**	**Telefono fijo**	3023500357 **Telefono celular**	GERMANYESID2013@OUTLOOK.COM **Correo electronico**

SOACHA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	KENNEDY **Localidad / comuna**	CUNDINAMARCA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficianos y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GERMAN YESID MARTINEZ BARRANTES	CC	1149452447	01

39.Ubicación

CR 77 C 69 A 58 Dirección	3023500357 Teleéfono	GERMANYESID2013@OUTLOOK.COM Correo electrónico	SOACHA Municipio/distrito	CUNDINAMARCA Departamento

Powered by CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 04/07/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	36260261
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Reingreso
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2023-04-07
• **TD AFILIADO:**	PPT
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	6160291
• **TD EMPLEADOR:**	PPT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	6160291
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PORVENIR
• **IBC:**	$1.160.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 26 días del mes de Junio de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 27/06/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

No. RADICADO:	36296072
RÉGIMEN:	Contributivo
TIPO DE TRÁMITE:	Reingreso
FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2023-06-26
TD AFILIADO:	PE
NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	835051825042000
TD EMPLEADOR:	PE
NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	835051825042000
FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
IBC:	$1.160.000,00
No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 27 días del mes de Junio de 2023.

Cordialmente,

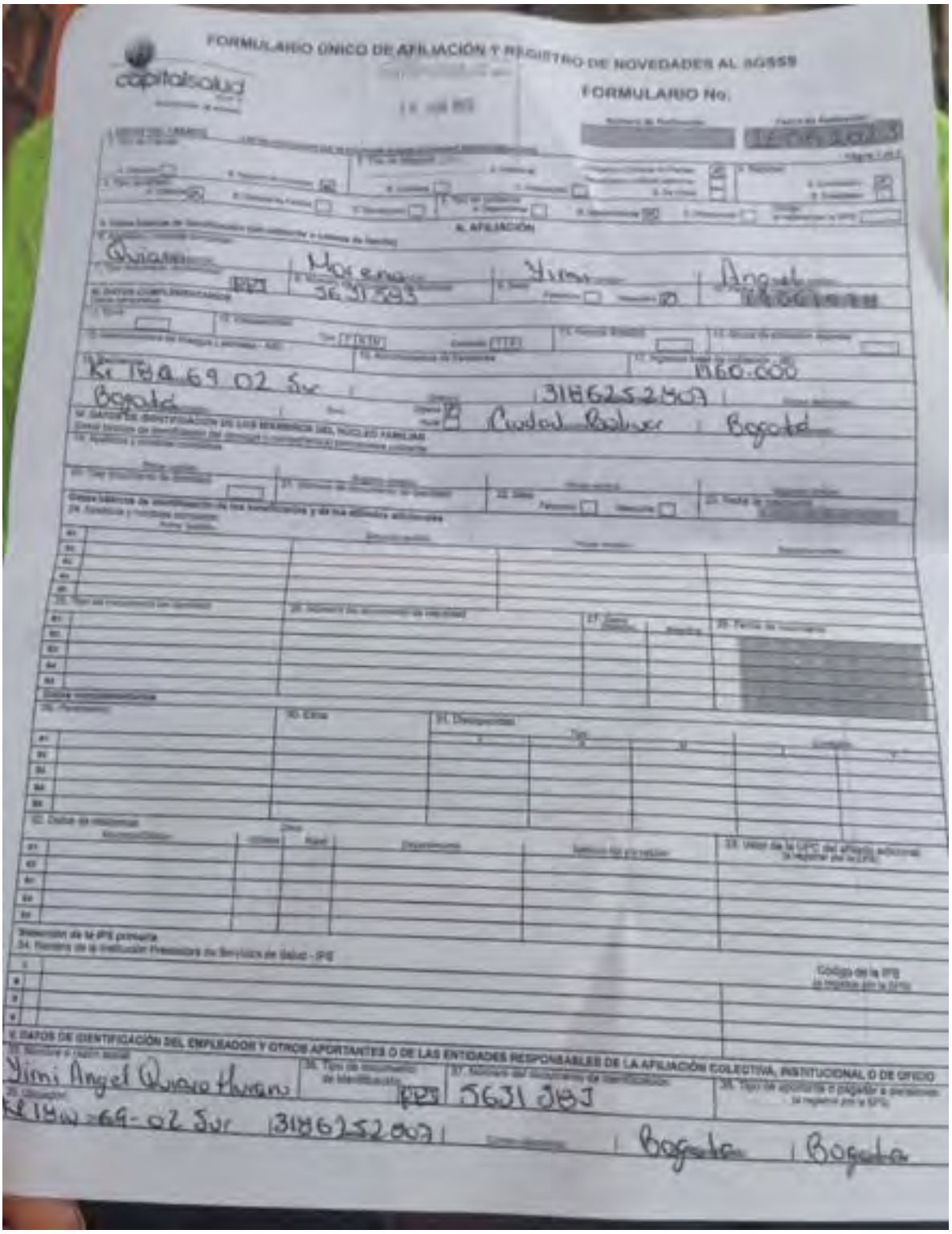


CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA





FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud

FORMULARIO No.

II. AFILIACIÓN

Quiroga Moreno Yimi Angel

RC 36 31593

Kr 19A 69 02 Sur 3186252907

Bogotá Ciudad Bolívar Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Yimi Angel Quiroga Moreno RC 36 31593

Kr 19A 69-02 Sur 3186252907 Bogotá Bogotá

capitalsalud

CERTIFICA

Que el usuario YIMI ANGEL QUIARO MORENO con tipo de documento Protección Temporal No.5631583 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen contributivo en la ciudad de Bogota desde 16 de enero de 2023, sin ninguna discapacidad.

Se expide a los 26 dias del mes Junio de 2023 a solicitud del interesado.

Informacion adicional en nuestra Linea de Atencion al Usuario
01 8000 122219

Cordialmente,
capitalsalud
AUTORIZACIONES

CAPITAL SALUD EPS-S

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 16469132

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

1104142922

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 06 2023

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Hernandez SEGUNDO APELLIDO: Moncada PRIMER NOMBRE: Alfer SEGUNDO NOMBRE: Yesid

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065372757

9. SEXO:

10. FECHA NACIMIENTO:

11. NACIONALIDAD: Colombiana

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA | 13. COMUNIDAD | 14. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ] | 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN NIVEL [ ] GRUPO [ ] | 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL [ ] | 17. ARL | 18. AFP

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: calle 69 G 49D sur 46

LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO: Bogotá

DEPARTAMENTO: Bogotá

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO | Ext.

TELÉFONO MÓVIL: 3044394756

CORREO ELECTRÓNICO: alfenhernandez726@gmail.com

IPS | IPS ODONTOLÓGICA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 24. SEXO | IPS

IPS ODONTOLÓGICA | 25. FECHA NACIMIENTO | 26. NACIONALIDAD

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1												
2												
3												
4												
5												

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1													
2													
3													
4													
5													

V. 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

39. Nombre o Razón Social: Alfer Hernandez

40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

41. Número documento de identidad: 1065372757 | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: calle 69 G 49D sur 46 | Bogotá | Bogotá

3044394756 | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 23 06 2023 | CARGO: Independiente | OCUPACIÓN: Independiente | SALARIO: 1160000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

46. FECHA (a partir de) | 47. EPS ANTERIOR Código | 48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ] | 49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico ó al celular como mensajes de texto. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO

IX. FIRMAS

Alfer Hernandez Moncada

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total [ ]

64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
66. 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 [ ]
67. de la unión marital. [ ]
Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
69. 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. [ ]
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
72. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]

74. Datos del SISBÉN SI [ ] NO [ ] Clasificación [ ]

75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 SI [ ] NO [ ] CÓDIGO [ ]

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 77. Firma del funcionario

78. Fecha de radicación | 79. Fecha De Validación

OBSERVACIONES:

Nicolas Rincon
3003054154

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.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR SUMIMAS SAS NIT 900411336-1 26-OCT-2022

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 04/07/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	62602981
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Reingreso
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2023-04-07
• **TD AFILIADO:**	PPT
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	5170304
• **TD EMPLEADOR:**	PPT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	5170304
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PORVENIR
• **IBC:**	$1.160.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 26 días del mes de Junio de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

SaludTotal

GIRARDOT, Junio 13 de 2023

Señor:
HURTADO HERNANDEZ ARNOLD
CC. 1070598806
CR 87 02 35 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065 SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 25 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
HURTADO HERNANDEZ ARNOLD	[illegible]	CC	25-04-2023	0	0	COTIZANTE	VIGENTE			[illegible]

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
HIDROGRADOS SA	[illegible]	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1016071305
NOMBRES Y APELLIDOS	Peña Patiño,Tania Yessenia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Peña Patiño,Tania Yessenia, a los 16 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Bogotá, Mayo 23 de 2023

Señor:
FERNANDEZ NARVAEZ ALVARO
CC. 1082475354
CL 16 96 89 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 29 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MOYA PALOMINO YESIKA PAOLA	1030596565	C	Oct-29-2022	30	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE		Mora mes 1	Ninguna
BUITRAGO MOYA GABRIEL ALEJANDRO	1030610482	T	Feb-6-2023	12	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora mes 1	Ninguna
FERNANDEZ NARVAEZ ALVARO	1082475354	C	Jul-29-2020	54	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora mes 1	Ninguna
MOYA PALOMINO JUAN DANIEL	1146131531	R	Jun-16-2016	71	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-7-2019	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
OROÑO MEDINA ISABELLA SOFIA	1242688697	R	May-23-2022	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora mes 1	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	1082475354	Dependiente	CERRADO
INVERSIONES E INGENIERIA LTDA	1082475354	Dependiente	CERRADO
OMAR GONZALEZ SALGUERO ARQUITECTOS INGENIEROS S A	1082475354	Dependiente	VIGENTE
ROMA CONSTRUCCIONES Y ACABADOS SAS	1082475354	Dependiente	CERRADO
V O CONSTRUCCIONES SAS	1082475354	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe

informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CRISTIAN DAVID HERNANDEZ MENDOZA identificado(a) con CC. 1000618832 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/10/16**
Estado de la Afiliación:	**CANCELADO**
IPS:	
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 15 días del mes de 06 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JHON JAIRO ESCOBAR DAZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1033779117** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1033779117
NOMBRES Y APELLIDOS	JHON JAIRO ESCOBAR DAZA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	15/01/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	438
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **08/05/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013586900
NOMBRES Y APELLIDOS	Rocha Almanza,Omar Ricardo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rocha Almanza,Omar Ricardo, a los 03 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SEBASTIAN BEDOYA BEDOYA identificado(a) con CC. 1004699276 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/01/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 24 días del mes de 06 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Bogotá, Junio 28 de 2023

Señor:
GIRALDO MADRID WILLIAM
CC. 1143358654
CL 19 A 115 14 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 7 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GIRALDO MADRID WILLIAM	1143358654	C	Jun-7-2023	0	26	COTIZANTE	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna

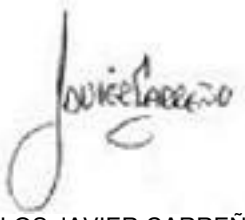
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ASESORIAS Y SERVICIOS TORRES SAS	1143358654	Dependiente	VIGENTE
SERVIMOS LTDA	1143358654	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Bogotá, Julio 6 de 2023

Señor:
RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
CC. 1064801760
CR 89BIS NUMERO 69A 03 BRR SAN ANTONIO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 8 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
DE LEON CALDERON ANUBIS MARIA	1004279335	C	Oct-7-2019	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE	1064801760	C	Nov-8-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HURTADO DE LEON ALISSON	1107540767	R	Sep-5-2022	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALIADOS Y GRUPO DL INVERSIONES SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
ASESORIAS Y SERVICIOS TEMPORALES DE COLOMBIA S A	1064801760	Dependiente	CERRADO
CASTILLA R INGENIEROS SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
CASTILLA R INGENIEROS SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
CASTILLA R INGENIEROS SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
CASTILLA R INGENIEROS SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA ARAMCO SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
FORZA OUTSOURCING SAS	1064801760	Dependiente	VIGENTE
JN VILLAZON SAS	1064801760	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
JN VILLAZON SAS	1064801760	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
MC INGENIERIA Y SUMINISTROS SAS	1064801760	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO
SERVICIOS Y GESTIONES SABANAS NEGRAS SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS Y SUMINISTROS INDUSTRIALES IBIRICO EU	1064801760	Dependiente	CERRADO
SERVIMINAS SAS	1064801760	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ

GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

mutualser

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **ORTEGA BERRIO JESUS ANDRES** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1002095056** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cabeza de Familia**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE HOSPITAL LOCAL DE REPELON**
Nivel de Sisben:	**1**
Fecha de afiliacion:	**10/08/2021**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 16 de mayo del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

EMIRO SERRANO
Director de Operaciones - Subsidiado
afiliacion@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

Medellín, 05 de july de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que YESIR JOSE ANAYA CARRILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1045169273 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 06/07/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 05/07/2023 12.13 PM

Medellín, 05 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033742690	ESTACIO CASTILLO DIEGO MAURICIO	06/07/2023		15947163	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/07/2023 12:50:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010476175	2|8|0|6|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
GUERRERO Primer apellido	APONTE Segundo apellido	JHON Primer nombre	JAIRO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1001168448	Femenino ☐ Masculino ☒	1|4|0|8|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 68 G SUR 49 D 52		3011837728	YUPABA16@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS 20 DE JULIO - CIMAD ODONTO. IPS LTDA	VS20JULI - CIMADONTOL
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHON JAIRO GUERRERO APONTE	CC	1001168448	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 68 G SUR 49 D 52	3011837728	YUPABA16@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4010476175

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|8|0|6|2|0|2|3

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Jhon Apante	Jhon Apante Click AQUÍ para firmar
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	 Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario
☐		

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 0 8 0 6 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: 4. Afiliación: | 5. Reporte de Novedades: x
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional | B. Cónyuge | C. Independiente | D. Pensionado | E. Otro
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: 03

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
RAMIREZ	ROMERO	CAMILO	ALONSO

7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número de documento de identidad: 80419842 | 9. Sexo: Femenino / Masculino ✔ | 10. Fecha de nacimiento: 0 6 0 7 1 9 7 0

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo / Cual/es | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: ARL SURA | 16. Administradora de pensiones: PROTECCION

17. Ocupación - CIIU: 1.160.000 | 18. Residencia: CALLE 56 D 71 C 10 | 3002790426

camilo.ramirez2@gmail.com | BOGOTA | Zona Urbana ✔ / Rural | KENEDY | BOGOTA

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino / Masculino | 23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Edad	31. Discapacidad: Tipo F M V T P	Cotizante	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC ajustado adicional a registrar por la EPS
01										
02										
03										
04										
05										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS a registrar por la EPS
Cot.		
1		1223
2		
3		

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: CAMILO ALONSO RAMIREZ ROMERO | 36. Tipo de documento de identificación

37. Número de documento de identificación: 80419842 | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CALLE 56 D 71 C 10 | 3002790426 | camiloi.ramirez2@gmail.com | BOGOTA | BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la Vinculación en la EPS — Código
6. Reincorporación 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 cumplimiento de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad — A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado
14. Traslado — A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del fallo(s) de protección al usuario
17. Pérdida de la calidad de Pre-pensionado
18. Pérdida de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				0 8 0 6 2 0 23

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de independencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
49. Declaración de la no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia Única del cotizante o cabeza de familia de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ✔
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del régimen de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley funciones lo requieran. ✔
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ✔
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensajes de texto. ✔

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

52. Anexo copia del documento de identidad: CN | Cant. | RC | Cant. | TI | Cant. | CC | Cant. | PA | Cant. | CE | Cant. | CD | Cant. | AC | Cant. | Total
67. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
68. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
69. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sociedad conyugal, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
70. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
71. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
72. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de ejecutoria de las partes o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
73. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
74. Certificación de convivencia o acta notarial suscrita para cobrar afiliaciones colectivas.
75. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario y no obren la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

76. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	77. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Mes	78. Fecha de radicación
79. Datos del funcionario que realiza la radicación					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	81. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES: julio

B
08 JUN 2023
DOD. 441 DIANA RODRIGUEZ C.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las excepciones consignadas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO SUPERSALUD

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 80.419.892

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apel de quien no sab firmar:

Identificación:

B

08 JUN 2023

COD. 441 DIANA RODRIGUEZ C.
SUJETO A VERIFICACION

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccióndedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 80.419.892

compensar | EPS

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

Firma del afiliado (cotizante): [signature]

No. Identificación: [illegible]

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No: _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No: _____ mayor de edad y sin ningun impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien recibe firma: _____

Identificación: _____

28 JUN 2023

Cod. 601 Tatiana Nayely Sanchez Diaz
SUJETO DE VERIFICACION

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): [signature]

No. Identificación: [illegible]

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 2 8 0 6 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Uso exclusivo entidades donde se encuentren afiliados al momento previo de diligenciamiento)

1. Tipo de Vinculo: A. Afiliado ✔ | 2. Tipo de Afiliado: A. Individual | Cotizante o cabeza de familia ✔ | Beneficiario o afiliado adicional | B. Cotizante | C. Beneficiario | D. Otro Tipo | 3. Régimen: A. Contributivo ✔ | B. Subsidiado | 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✔ | B. Cabeza de familia | F. Beneficiario | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ✔ | B. Independiente | F. Pensionado | Código (Uso exclusivo para la EPS): 01

II. AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	LEON	FRANCO	RUBEN	HAMILTON
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número de documento de identidad: 1026562095	9. Sexo: Femenino	Masculino ✔	10. Fecha de nacimiento: 29 08 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.160.000	18. Dirección: CAR 11B#30-90SUR	3013744761
BOGOTA	Zona Urbana ✔ Rural	SOACHA	C/MARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente / cotizante)

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30.	31. Discapacidad: Tipo (F / N / N / T / F)	32. Datos de residencia: Nomenclatura / Dirección	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

Selección de la EPS Privada

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS
1.	10099
2.	
3.	
4.	

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: Vidreria mar de cristal sas	36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901365771-5	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Tranversal 68H#37c 48 sur	3212651411	om	BOGOTA	C/MARCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la vinculación ante la EPS. Código:
6. Reactivación 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 actualización de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la cobertura de Prepensionado
18. Reporte de la cobertura de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 2 0 0 6 2 0 2 3
43. EPS anterior	44. Medios de transporte: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de responsabilidad económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de no ser obligado de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción
48. Declaración de inexistencia de relación de hecho anterior o vigente, distinta a la actual, que impida la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
49. Declaración de no existencia de los cotizantes, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga todos y cada uno de los registros clínicos de cotizantes y cabezas de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales ✔
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de su afiliación ante reportes de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ese funciones lo requieran ✔
52. Autorización para que la EPS consulte sus datos contenidos ante 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. FINAL

Robert Leon F.

IX. ANEXOS

54. Anexar copia del documento de identidad: CN | Cant | RC | Cant | TI | Cant | CC | Cant | PA | Cant | SC | Cant | CE | Cant | MS | Cant | Total
57. Copia del Registro de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
58. 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 de que acredite la muerte de la madre biológica, o de la madre adoptante, o de [illegible] y la declaración suscrita por el [illegible]
63. Copia de la autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Clasificación de embarazo o [illegible] para realizar afiliación [illegible]
65. Copia del acto administrativo o providencia judicial [illegible] en la que conste la calidad de beneficiario o de [illegible] de [illegible]

28 JUN 2023

Cód. 601 Estanislao Valery Sanchez Diaz
SUJETO A VERIFICACION

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Status del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación

69. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Afore julio, dejo el restante, cinco copia cc.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/06/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	224	23/06/2023	CC 1003026841	GRACIA VELLOJIN ANIBAL	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

34A45ED138D5EF9D17778D9D41927FDF Certificado impreso el día 6/22/2023 3:40:02 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

ANIBAL ALBERTO
GRACIA VELLOJIN
1003026841

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010367810	05/06/2023

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
GONZALEZ (Primer apellido)	CESPEDES (Segundo apellido)	JAVIER (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	80860858	Femenino ☐ Masculino ☒	08/11/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo [F][M][N]	Condicion [T][P]		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 18 D 81 11 SUR		3202470799	JAVIERDECORACIONES2007@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de Identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia					33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JAVIER ANTONIO GONZALEZ CESPEDES	CC	80860858	01

39.Ubicación				
CR 18 D 81 11 SUR (Dirección)	3202470799 (Teléfono)	JAVIERDECORACIONES2007@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4010367810

8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|0|0|6|2|0|2|3

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código: ☐	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	Click AQUI para firmar

IX ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010151704

No. de Radicación: 26375186

Fecha de Radicación: 22 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación: X B. Reporte de novedades:	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia: X - Beneficiario o afiliado adicional: B. Colectivo: C. Institucional: D. Ola Invernal:	A. Contributivo: X B. Subsidiado:	A. Cotizante: X B. Cónyuge o compañero(a) permanente: C. Beneficiario:	A. Dependiente: X B. Independiente: C. Pensionado:	(a registrar por la EPS)

II. AFILIACIÓN III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
VELASQUEZ	FERNANADEZ	HEMERSON	ALEXIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1233510601	Femenino: Masculino: X	02 10 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Nombre de la Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Nombre de la Administradora de pensiones
6	Tipo: Sensorial: Física: Intelectual: Mental:	0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	PROTECCION S.A

17. Ingreso Base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	CLL 49 SUR 98B 75		NT	3013603177

		Zona		
hemersonvelasquez1999@gmail.com	BOGOTA	Urbana: X Rural:		DISTRITO CAPITAL

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
01					D D M M A A A A		
02					D D M M A A A A		
03					D D M M A A A A		
04					D D M M A A A A		
05					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad			32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar la EPS)
	Tipo		Certificado	Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Teléfono fijo con indicativo	
	F	N	M	T	F	Urbana	Rural	
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO	1669
1		
2		
3		
4		
5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
DYJ SERVICIOS PARA LA	NT	901653885	

39. Ubicación				
CR 118A 63G 05	3202611168	dyjservicios construccion@g	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Terminación de 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 ampliación 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: X 15. Cláusulas Regionales: 16. Reporte de Novedades: 17. Reporte de Inicio de protección al cesante: 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado: 19. Reporte de la calidad de Pensionado:

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	22 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
E.P.S. SANITAS	Código: 1	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios	
49. Declaración de no afiliación del cónyuge, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga todos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.	X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

IX. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o representante	55. Firma del representante legal o apoderado de la IPS
	DYJ SERVICES SAS Firma NIT. 901.653.885-1

X. ANEXOS

56. Anexo: copia del documento de identidad: CIP PPT TI CCD PAS CCE NUI

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 patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante acerca 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 los autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de validación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AUXILIAR DE SOLDADURA
71. Firma del funcionario		

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario

INTERNET

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010151704

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en **www.famisanar.com.co**, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos HEMERSON ALEXIS VELASQUEZ FERNANADEZ

Identificación: CC 1233510601

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos HEMERSON ALEXIS VELASQUEZ FERNANADEZ

Identificación: CC 1233510601

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010151629

No. de Radicación: 26375070

Fecha de Radicación: 22 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]
B. Reporte de novedades [X]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	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: AREVALO	Segundo Apellido: VACA	Primer Nombre: HERNAN	Segundo Nombre: GUSTAVO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023898948	Femenino [ ] Masculino [X]	D: 11 M: 07 A: 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de cesantías (obligatorio - AFC)	16. Administradora de pensiones
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	Dirección:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:	
Correo electrónico:	Departamento / Distrito:	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna:	Municipio/Distrito:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D M A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01					D M A		
02					D M A		
03					D M A		
04					D M A		
05					D M A		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo con indicativo	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
0		
0		
0		

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 a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
DYJ SERVICIOS PARA LA	NT	901653885	

39. Ubicación				
CR 118A 63G 05	3202611168	Departamento:	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o cumplimiento de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o cambio 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 cambio de población a cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D M A	D: 22 M: 06 A: 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de presencia 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 reinserción 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 consulte 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 lo requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS mantenga 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

A. Firma del cotizante, cabeza de familia o pensionado	B. Si no sabe o no puede firmar, huella del dedo índice derecho

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad	CNI	NUI	TI	CE	RC	CD	CAE	PEP

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 partida 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 los subrogados competentes en la que conste la calidad de beneficiarios o de orfandad de afiliados de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D M A	D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: ARMADOR

71. Firma del funcionario

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

RESERVADO EXCLUSIVO EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010151600
9010151600

No. de Radicación: 26375023

Fecha de Radicación: 22 06 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CASTRO	Segundo Apellido: MORA	Primer Nombre: JOHN	Segundo Nombre: JORGE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1013590551	Femenino [ ] Masculino [X]	15 06 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
DYJ SERVICIOS PARA LA	NT	901653885	

39. Ubicación				
Dirección: CR 118A 63G 05	Teléfono: 3202611168	Correo electrónico	Municipio / Distrito: BOGOTA	Departamento: DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	22 06 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante u entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	71. Firma del funcionario
		CARGO: SOLDADOR	

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEÑA PATIÑO TANIA YESSENIA** identificado(a) con **CC** número **1.016.071.305** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de diciembre de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de junio de 2023.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023061717144

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ NARVAEZ ALVARO** identificado(a) con **CC** número **1.082.475.354** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2018 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 23 de junio de 2023.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023062316140

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN DAVID HERNANDEZ MENDOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.618.832**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 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.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON JAIRO ESCOBAR DAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.779.117**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OMAR RICARDO ROCHA ALMANZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1013586900,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SEBASTIAN BEDOYA BEDOYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.699.276**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 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.

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:

WILLIAM GIRALDO MADRID, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.358.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.064.801.760**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Julio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT [illegible]

CERTIFICA QUE:

ARNOLD HURTADO HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.598.806**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.

Powered by CamScanner