Anexo 12 Charlas cumplimiento SST

6.13 TAREAS DE ALTO RIESGO E INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Durante el mes de mayo, no se realiza actividades de alto riesgo.

6.14 CERTIFICADOS DE FORMACIÓN TRABAJO EN ALTURAS

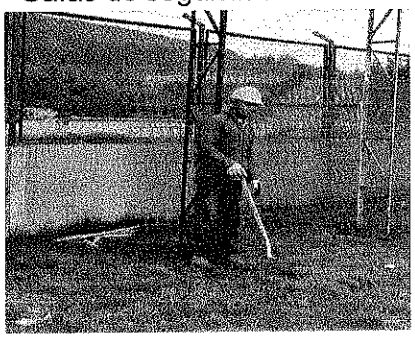
Para el mes de mayo el personal que ha ingresado a obra no requiere curso de alturas por la actividad que se realizaron, cerramiento obra e instalación de vaya

6.15 REGISTRO E INSPECCIÓN DE ENTREGA DE EPP

Los elementos de protección personal tienen como función principal proteger diferentes partes del cuerpo, para evitar que un trabajador tenga contacto directo con factores de riesgo que le pueden ocasionar una lesión o enfermedad.

A cada uno de los trabajadores se le hizo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

- Casco y barbuquejo
- Guantes de carnaza y/o vaqueta
- Gafas de seguridad



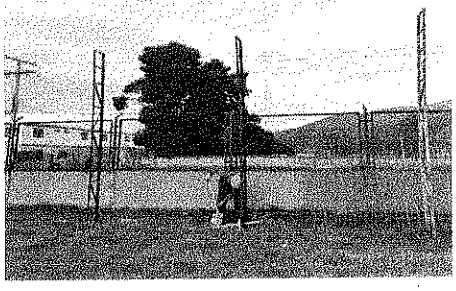
6.16 INSPECCIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

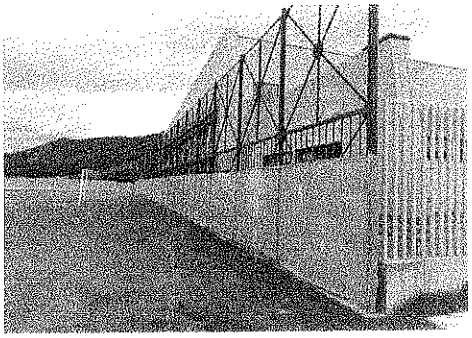
Para el mes de mayo se realiza inspección de EPP

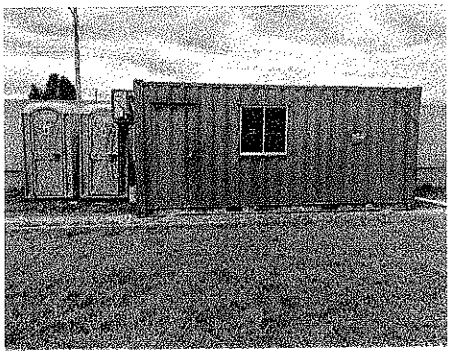
Anexo 13 inspección de EPP

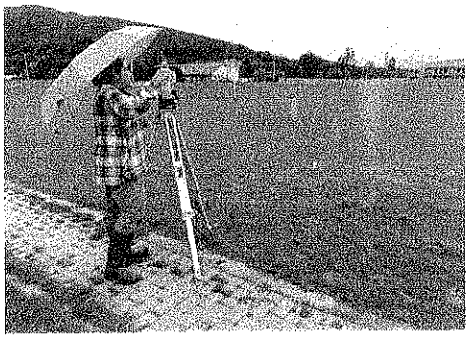
6.17 CONTROLES DE APLICACIÓN

Para el periodo del mes de mayo se cuenta con el siguiente registro fotográfico de actividades realizadas.







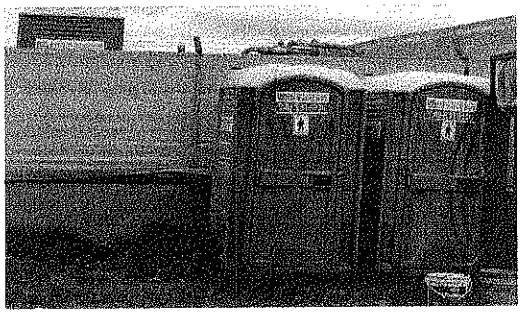


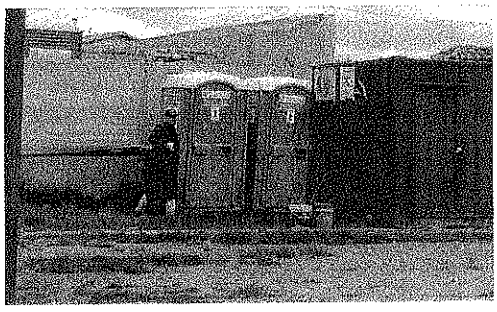
7. PAPSO Y SEGUIMIENTO

Para el mes de mayo no se registraron casos COVID-19 grafica de seguimiento

Con el fin de controlar la propagación del Covid-19, se realizará actividades de prevención, generando en la charla concientizar al personal del buen uso de los elementos y lavado de manera, así como desinfección de áreas de trabajo, el cual por no inicio de actividades no se cuenta con registro fotográfico, se cuenta para este periodo los baños portátiles los cuales cuenta con su respectivo lavamanos.

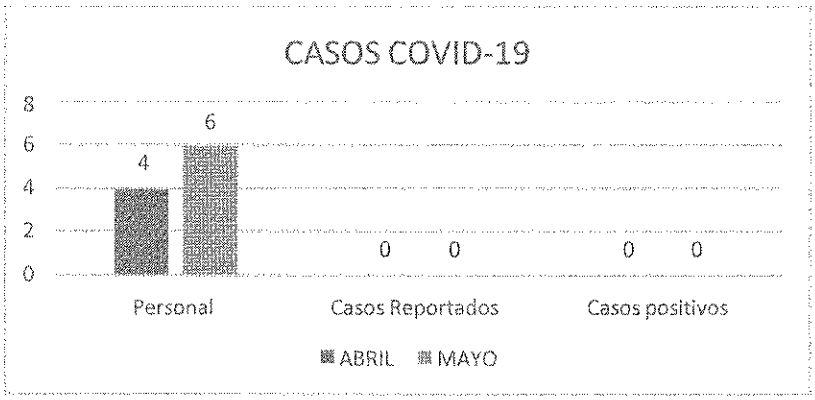
Registro de baños portátiles y lavado de los mismos





241

Grafica COVI-19



Anexos

Anexo 1 Plan de trabajo
Anexo 2 Indicadores
Anexo 3 Exámenes ocupacionales
Anexo 4. Documentación Personal Ingreso nuevo en el mes de mayo
Anexo 5 Planillas de pago seguridad social
Anexo 6 Control de pagos de seguridad alcaldía
Anexo 7 Documentación contador
Anexo 8 Conformación del COPASST
Anexo 9 Conformación del comité de convivencia laboral
Anexo 10 Inducción y notificación de riesgo personal.
Anexo 11 Charlas SST
Anexo 12 Charlas cumplimiento SST
Anexo 13 inspección de EPP

292

CONSORCIO

INGENIERÍA

Anexo 1

Plan de trabajo

	Version : 01	Fecha:06-09-2022	pag 1 dfe 1

OBJETIVO

Documentar, implementar y mantener las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de garantizar la disminución de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en la organización CONSORCIO 65 INGENIERIA.

META	INDICADOR
Cumplir con el 90% de las actividades programadas en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia.	(N° de Actividades Ejecutadas / N° de Actividades Programadas) x 100

CICLO	ACTIVIDAD	18 MESES DE EJECUCION DEL PRO																																Responsable	RECURSOS	
		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE			Administrativo	Financiero
		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	P	E	P	E			
	Reuniones mensuales del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST Registrar en acta	1	0	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST - Integrante Copasst	x	
	Actualizar Reglamento de Higiene y Seguridad, divulgación al personal, dejar evidencia de su divulgación a todos los trabajadores.	1	0	1	1	1		1		1		1		1		2		1		1		1		1		2		1		1		1		1		Asesor SST- Gerente	x	
	Revision de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y divulgar al personal, dejar registro de la divulgación a todos los trabajadores.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST- Gerente	x	
	Revisar y actualizar la Matriz de Identificación Peligros ,Evaluación y Valoración de Riesgos para la determinación de controles, divulgar al personal, registrar la evidencia de la divulgación a todos los trabajadores.Decreto 1072 de 2015 > Libro 2 > Parte 2 > Título 4 > Capítulo 6 Artículo 2.2.4.6.25	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Revisar y ajustar el Plan de Emergencias (Plan de Evacuación, divulgación al personal, dejar registro de la divulgación a todos los trabajadores).	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Capacitación a todo el personal de acuerdo a la programación ajustada con el ARL,dejar registro de la evidencia.			1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1						1				1		ARL-Asesor SST	x	

Elaboró:Ing.Viviana Pulgarin garcia

		Version : 01										Fecha:06-09-2022											pag 1 dfe 1
I PLANEAR	Control Sistema de Seguridad Social.Seguimiento de afiliacion y pagos de todos los trabajadores, independientemente de su forma de vinculación o contratación están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Vigia - Asesor SST	x
	Realizacion de las Inspecciones de Seguridad , salud en el trabajo , y ambiental mensual	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x
	Realizacion de mantenimientos preventivo a la maquinarie y equipos (pre operacional), de acuerdo al programa.			1	1		1		1		1		1		1		1		1		1	Asesor SST	x
	Realizacion de comites de Prevención del Acoso Laboral- Comité de Convivencia	1		1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x
	Realizar la capacitación al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x
	Entrega de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x
	Capacitar al Comité de Convivencia Laboral.			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Integants de CCL	x
	Planear y realizar de simulacro de evacuación.			1	1	1	1	1	1	1		1		1				1				Vigia- Asesor SST	x
	Registro anual donde se evidencie que las personas con responsabilidades en el SG-SST realizaron la rendición de cuenta sobre su desempeño.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Vigia- Asesor SST	x
	Incluir en el procedimiento de compras la identificación y evaluación de las especificaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo.	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1		1				1				Vigia- Asesor SST	x

Elaboró: Ing.Viviana Pulgarín garcía

245

Version : 01 | Fecha:06-09-2022 | pag 1 dfe 1

Incluir como requisito para el proceso selección y evaluación de proveedores y/o contratistas tengan documentado e implementado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Vigía-Asesor SST	x	
Revisión de procedimiento para evaluar el impacto sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo en cambios internos y externos que se presenten en la	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Vigía-Asesor SST	x	
Realizar de Exámenes Periódicos Ocupacionales a los colaboradores y realizar seguimiento	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Vigía-Asesor SST	x	
Elaborar el profesiograma	1	1	1	1	1		1		1		1								1								1						1				Asesor SST	x	
Elaborar la caracterización de las condiciones de salud	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
Elaborar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para desórdenes musculoesqueléticos	1	1	1	1	1		1		1		1						1						1						1				1				Asesor SST	x	
Realizar la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los trabajadores tanto de origen laboral como común.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
Implementar programa de estilo de vida saludable, incluyendo campañas específicas tendientes a la prevención y control de la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, entre otros	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
Realizar registros de ausentismo por enfermedad común y cuando se presente por enfermedad laboral y accidentes de trabajo.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	

Elaboró: Ing. Viviana Pulgarin garcia

296

[logo]		
	Version : 01	Fecha:06-09-2022	pag 1 dfe 1

Realizan inspecciones sistemáticas a las instalaciones, maquinaria o equipos, con la participación del COPASST.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de extintores con participación del COPASST	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de seguridad elementos de primeros auxilios con participación del COPASST	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de seguridad señalización y demarcaciones con participación del COPASST	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Ajustar matriz de elementos de protección personal	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1				1		1		1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar Inspecciones de elementos de protección personal.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Mantenimiento a punto de hidratacion para consumo humano.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Revision de plano de evacuacion de la instalaciones donde se identifique areas y salidas de emergencias.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Capacitar a las Brigadas de Emergencias.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Dotar a las Brigadas de Emergencias.	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar simulacro de incendio.							1		1		1		1						1						1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
Elaborar instructivo para el reporte de enfermedad laboral.	1	1	1	1	1		1		1		1								1						1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
Elaborar instructivo para notificación e investigación de accidente de trabajo	1	1	1	1	1		1		1		1		1						1						1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	

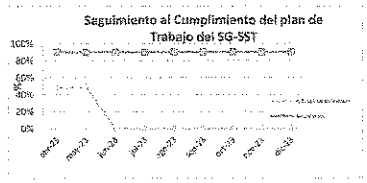
Elaboró:Ing.Viviana Pulgarin garcia

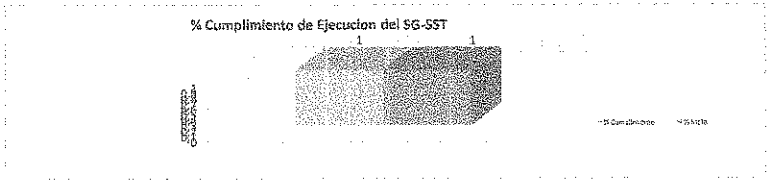
	Version : 01	Fecha:06-09-2022 · pag 1 dfe 1

	Matriz de seguimiento reporte de actos y condiciones inseguras	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Capacitacion manejo de productos quimicos-estandarizar procedimientos	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Segimiento a los cursos de trabajo en alturas (avonzado y recertificación).					1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Segimiento a los cursos de trabajo en alturas (avonzado y recertificación).					1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Investigación de accidentes e incidentes de trabajo	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Diagnostico de Riesgo mecánico	1	1	1	1	1		1				1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Diseñar del Sistema de Vigilancia Musculo esquelético	1	1	1	1	1		1				1		1		1						1				1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
	Realizar medicion ambientales Iluminación (medicion ambiental de iluminacion definir puntos)	1	1	1	1					1		1				1						1				1		1				1						Copasst, apoyo sgsst	x	
	Divulgacion de lesiones aprendidas a todos los trabajadores y dejar registro	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Realizar una auditoria anual, la cual será planificada con la participación del Comité	1	1									1				1												1										Copasst, apoyo sgsst	x	
	Desarrollar taller de la prevención de riesgos al interior de los lugares de trabajo con la participación de	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Realizar la bateria de riesgo psicosocial	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		IPS	x	
III VERIFICAR	Revisión de la alta dirección	1	1	1	1	1		1		1		1				1						1				1												apoyo sgsst	x	
III VERIFICAR	Revisión y ajuste del Sistema de Vigilancia Epidemiológico para Conservación Auditiva	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		apoyo sgsst	x	
III VERIFICAR	Socializar indicadores de estructura, proceso y resultado del sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		apoyo sgsst	x	
	Seguimiento a programas sgsst	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		apoyo sgsst	x	

Viviana Pulgarín
Elaboró:Ing.Viviana Pulgarin garcia

					Version : 01								Fecha:06-09-2022																pag 1 dfe 1		
IV ACTUAR	Seguimiento ausentismo laboral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	apoyo sgsst	x	
	Dirección, Alcance de la auditoria del Sistema de Gestión de SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	apoyo sgsst	x	
MES /AÑO		abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	Cumplimiento anual SST											
Actividades Programadas en el Mes		49%	49%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	90											
% Ejecucion Mensual del Programa		49%	49%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%												
% Cumplimiento Meta en el Mes		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%												





Elaboró:Ing.Viviana Pulgarin garcia

CONSORCIO

INGENIERÍA

Anexo 2

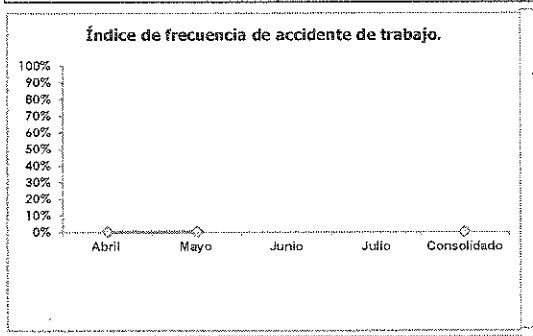
Indicadores

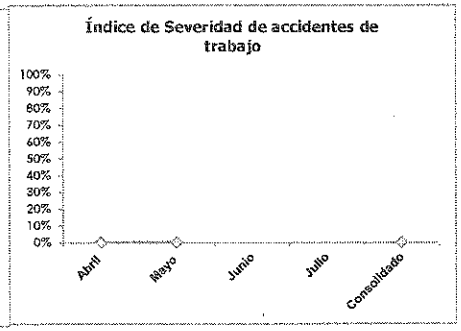
Constante "K":

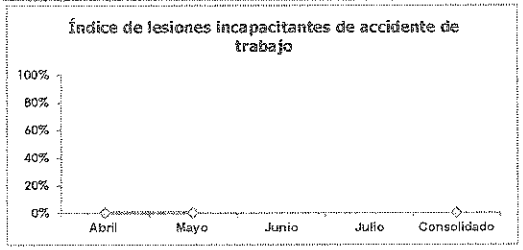
Constante para calcular el índice de las lesiones incapacitantes:

Datos	Abril	Mayo	Junio	Julio	Consolidado
Total de horas hombre Programadas	368	800			1,168
Total de accidentes de trabajo	0	0			0
Total de accidentes mortales	0	0			0
Total de días perdidos por accidente de trabajo	0	0			0
Total de accidentes de trabajo con incapacidad	0	0			0
Total Concepto de Enfermedad Laboral (nuevos)	0	0			0
Total Concepto de Enfermedad Laboral (antiguos)	0	0			0
Total de investigaciones de accidentes de trabajo realizadas	0	0			0

Formula	Nivel de Desagregación	Abril	Mayo	Junio	Julio	Consolidado
S de accidentes de trabajo * K / Total de horas hombre	Índice de frecuencia de accidente de trabajo.	0%	0%			0%
(S de accidentes de trabajo con incapacidad * K / Total de horas hombre)	Índice de frecuencia de accidente de trabajo con incapacidad.	0%	0%			0%
S de días perdidos por accidentes de trabajo * K / Total de horas hombre	Índice de Severidad de accidentes de trabajo	0%	0%			0%
(Índice de frecuencia de accidente de trabajo * Índice de Severidad de accidentes de trabajo) / 1000	Índice de lesiones incapacitantes de accidente de trabajo	0%	0%			0%
S de accidentes de trabajo / Total de accidentes de trabajo	Investigaciones de Accidentes de Trabajo	0%	0%			0%
(Número de accidentes de trabajo/Número de at con muerte)*100	Mortalidad Accidente de trabajo	0%	0%			0%
(Número de casos existentes -nuevos y antiguos-/Total de trabajadores)*100	Prevalencia Enfermedad Laboral	0%	0%			0%
(Casos nuevos/Personas expuestas al riesgo desarrollar EL)	Incidencia Enfermedad laboral	0%	0%			0%







CONSORCIO INGENIERÍA	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
	MATRIZ DE OBJETIVOS Y METAS				
	FTO- ING-10	Versión: 01	Fecha: 26-09-2022		

OBJETIVO GENERAL		
Controlar y prevenir cualquier riesgo anticipadamente que pueda generar Accidentes, lesiones y enfermedades laborales .		

	OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	FRECUENCIA	Abril	Mayo
			SG-SST INDICADORES DE RESULTADO					
1	Prevenir Accidentes, enfermedades laborales y lesiones en el desarrollo de las actividades de Ingecyp SAS	Indice de frecuencia de accidentes de trabajo (IF)	IF AT = (N° total de AT en el periodo / N° HHT del periodo) x 100000	0%	Asesor HSEQ (actualizacion indicadores de Sistema)	Mensual	0	0
		Proporción de prevalencia general de origen laboral	No. Casos existentes reconocidos (nuevos y antiguos) de Enfermedades profesionales año /No. Promedio de trabajadores año* 10000	0%		Mensual	0	0
		Tasa de accidentalidad	TA = N° AT / N° promedio de trabajadores	0%		Mensual	0	0
		Índice de severidad de AT	IS AT = (N° días cargados + perdidos por AT en el año / N° HHT año) x100000	0%		Mensual	0	0
		Índice de lesiones incapacitantes	IL = (IF x IS) / 1000	0%		Mensual	0	0
2	Indice de Frecuencia de Ausentismo	Incluye Enfermedad Común, enfermedad profesional, accidente de trabajo y consulta de salud.	IFA=N° De eventos de ausencia por causa de salud último año *100000 Horas hombre programadas en el año	80%		Anual	0,0	0,0
3	Mejorar el SG-SST continuamente.	Cumplimiento de acciones correctivas	Acciones correctivas realizadas x 100 No de No Conformidades encontradas	100%		Anual	100%	100%
			SG-SST INDICADORES DE ESTRUCTURA					
4	Política de SST	Divulgación de la política de SST	Documento de la Política de SST firmada, divulgada y fechada Cumplimiento de requisitos de norma	100%	Asesor HSEQ (actualizacion indicadores de Sistema)	Anual	100%	100%
5	Objetivos y metas	Objetivos y metas de seguridad divulgados	Documento de la Política de SST firmada, divulgada y fechada. Cumplimiento de requisitos de norma.	100%		Mensual	100%	100%
7	Identificación de peligros y riesgos	Método definido para la identificación de peligros	Método definido para la identificación de peligros.	100%		Anual	100%	100%
8	Funcionamiento del Copasst	Funcionamiento del COPASST	La organización cuenta con un COPASST en funcionamiento y con delegación de funciones.	100%		Semestral	100%	100%
			INDICADORES DE PROCESO					
9	Evaluación inicial del SG-SST	XX% de cumplimiento del SG SST	Sumatoria de porcentajes por cada uno de los ítem evaluados	50%	Asesor HSEQ (actualizacion indicadores de Sistema)	Semestral	100%	100%
10	Plan anual de Trabajo en SST	Ejecución del plan de trabajo en el SGSST	No. Actividades realizadas/No. Actividades programadas *100	80%		Semestral	90%	90%
11	Intervención de peligros y riesgos	Intervención de los peligros identificados	N° total de peligros intervenidos en el periodo/Total de peligros identificados	80%		Semestral	100%	100%
12	Investigación de accidentes e incidentes	Porcentaje de accidentes/ incidentes investigadosPorcentaje de accidentes/ incidentes ocurridos	N° De accidentes /incidentes investigados /Nro accidentes /incidentes reportados	100%		Semestral	0%	0%
13	Cumplir con los requisitos legales aplicables	Indice de cumplimiento legal	% ítems cumplidos en matriz legal/ % ítems identificados en matriz legal	100%		Trimestral	100%	100%
14	Dar cobertura a todos lo trabajadores según Matriz de Capacitaciones y Matriz de identificación de peligros y control de riesgos	Cumplimiento del 100% programa de capacitaciones	Capacitaciones Realizadas/Capacitaciones programadas/sst100%	100%		Semestral	100%	100%
		% Cobertura de las Capacitaciones	Trabajadores capacitados/Trabajadores programados x100	80%		Semestral	80%	80%

OBSERVACION:

CONSORCIO
INGENIERÍA

Anexo 3

Exámenes ocupacionales

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
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.794

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	05 MES	2023 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

CONSORCIO BS INGENIERÍA

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
PULGARIN GARCIA VIVIANA	CC (Tipo)	29674796 (Número)	26/04/1982	41 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
UNIVERSITARIO	FEMENINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
SISO	02/05/2023 07:46:07 a.m.	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: APLAZADO

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 ✓
PRUEBA DE EMBARAZO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : 6 MESES	SVE AUDITIVO	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : ORL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		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 DE INGRESO CON ENFASIS DE ALTURAS FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. SE REMITE A EPS DE MANERA PRIORITARIA POR ORL PARA VALORACION Y CONCEPTO. LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. APLAZADA PARA TRABAJAR EN ALTURAS POR ORL.

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

100 / 105

304

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
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	05 MES	2023 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

CONSORCIO BS INGENIERÍA

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
GUERRERO MIRANDA GARLI	CC (Tipo)	19930186 (Número)	09/04/1973	50 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OFICIAL	03/05/2023 06:55:52 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	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		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 DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO NORMAL. 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.

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
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.789

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	05 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

CONSORCIO BS INGENIERÍA

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
HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	CC (Tipo)	86052493 (Número)	01/05/1976	47 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	02/05/2023 07:23:46 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 AUDITIVO	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS ; OPTOMETRIA. ORL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	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 DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO NORMAL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. PRESENTA HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. SE REMITE A EPS POR ORL 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.932

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	05 MES	2023 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

CONSORCIO BS INGENIERÍA

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
VARGAS ORTIS YILBER YANIN	CC (Tipo)	1031135149 (Número)	18/11/1991	31 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
UNIVERSITARIO	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
INSPECTOR DE OBRA	12/05/2023 08:19:58 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 ✓

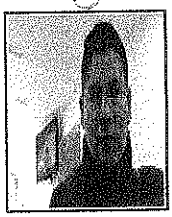
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS ; NUTRICION. OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		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 DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA SOBREPESO, 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

8



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.934

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	05 MES	2023 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

CONSORCIO BS INGENIERÍA

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
CRUZ SANTA EDILBERTO	CC	1106780087	26/01/1992	31 AÑOS	O +
	Tipo	Número			

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
UNIVERSITARIO	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
INSPECTOR	**12/05/2023 08:26:30 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
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS ; NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		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 DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS NORMALES, 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

308

CONSORCIO

INGENIERÍA

Anexo 4

Documentación Personal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **29.674.796**

PULGARIN GARCIA

APELLIDOS

VIVIANA

NOMBRES

Viviana Pulgarin Garcia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1982**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-JUL-2000 PALMIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00253910-F-0029674796-20100907 **0023**761077A 1 35119224

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 03 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO BS INGENIERIA.

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%
C29674796	PULGARIN GARCIA VIVIANA	28/04/2023		136u27C2	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:C29674962312358789

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 16:19:49
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.1, 172.16.42.57

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)

171839476

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

DATOS DE TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

DATOS PARA LOS AFILIADOS PRINCIPALES (Cotizantes o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Pulgono | Segundo Apellido: Garcia | Primer Nombre: Viviana | Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad: CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☒ PA ☐ SC ☐
8. Número del documento de identidad: 29.674.796
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A):

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: 2'800.000
18. Residencia Dirección: Cra 18 # 64-31
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3506005406
Correo Electrónico: vivianapulgona820@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogta
Zona: Urbana ☒ Rural ☐
Localidad / Comuna:
Departamento: Bgta

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 (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino ☐ Masculino ☐		
B2			Femenino ☐ Masculino ☐		
B3			Femenino ☐ Masculino ☐		
B4			Femenino ☐ Masculino ☐		
B5			Femenino ☐ Masculino ☐		

	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
C | CM Quintaparedes
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

25. Nombre o razón social	26. Tipo documento de identificación	27. Número del Documento de Identificación	28. Tipo de documento a suprimir por la EPS
Consorcio BS ING	NIT X TI CE CC PA CD	901.590.095	

29. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
	Bgta	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

DATOS DEL COTIZANTE

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN TI CE CD RC CC PA SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
				07 05 2023

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

FIRMAS

54. El solicitante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Viviana Polgarin	JEFERSON BOHORQUEZ

ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL

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

DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

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

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

Observaciones: Adjunto Datos Creación Empresa OE

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información suministrada y de los documentos anexos relacionados en el capítulo VII del formulario.

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación
Aneth Rozo Torres CC: 39 751 988	

porvenir
sólo hay uno

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:

VIVIANA PULGARIN GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **29.674.796**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

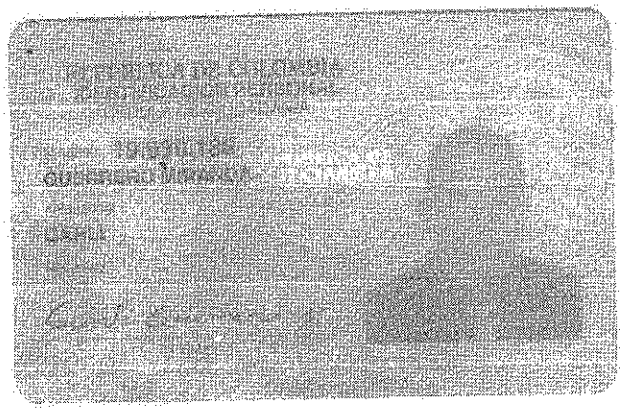
La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2023.

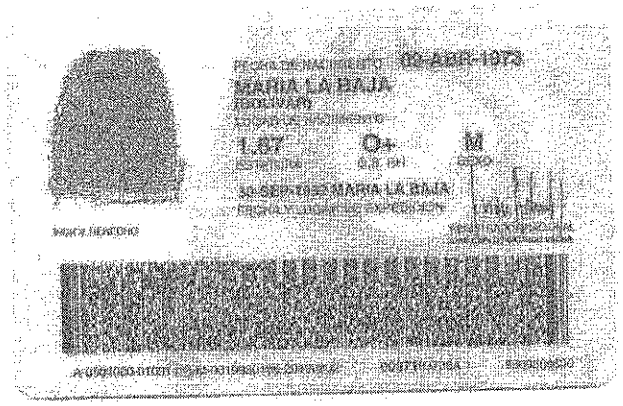
Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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




09-ABR-1973
MARIA LA RAJA
1.67
O+
M
MARIA LA RAJA

ARL | sura

Medellín, 03 de May de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO BS INGENIERIA.

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 %	
C19930186	GUERRERO MIRANDA GARLI	04/05/2023		a2492441	DEPENDIENTE	POR INICIAR

92 / 105

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2023 17:05:35.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/05/2023, el empleador CONSORCIO BS INGENIERIA identificado con NIT número 901590075 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5723743	06/05/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	19930186	GARLI GUERRERO MIRANDA	1160000	AYUDANTE DE OBRA	2023-05-04
CÉDULA DE CIUDADANÍA	86052493	JOSEALFONSO HERRERA HERRERA	1160000	AYUDANTE DE OBRA	2023-05-04

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Mayo del año 2023.

90 / 105

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

317

porvenir
sólo hay uno

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:

GARLI GUERRERO MIRANDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.930.186**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

93 / 105

La presente certificación se expide el 29 de Abril 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.*

N0 ACREDITACION
18-CPR-002

Centro De Formación y Entrenamiento

PSM VERTICKAL SAS
NIT. 900905747 - 2

PROVEDOR No.08SE2020220000000040245-202012-03

CONSORCIO IML
Empresa NIT. 901510223-2
Representante Legal
JEFFERSON ODILIO
BOHORQUEZ LESMES

ARL SURAMERICANA
Empresa administradora
de riesgos laborales

Hace constar que:

GARLI GUERRERO MIRANDA

Con Cedula de Ciudadanía No.**19930186**

CURSO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO EN ALTURAS

EN NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una intensidad de 32 Horas.

Realizado los días 11 al 13 de marzo del 2023 en la ciudad de Bogotá D.C

En cumplimiento con los requisitos establecidos en la Res. 4272 del 2021 NTC-6072

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 13 de Marzo de 2023

ALBA MERY ORTIZ
Representante Legal
PSM VERTICKAL TSA SAS
NIT 900.905. 747-2

MAURICIO MORALES GUTIERREZ
LSST N0670/2022-1590-35774
2022/07/07-2022/07/10
Licencia en SO -25-2478

CELAC
Trabajo en Alturas
NTC 6072
No. 30.370-1

Aprobación. MT.
No. 08SE2020220000000040245
2020/12/03

Verificación y Autenticidad del Certificado: psm.vertickal@gmail.com/www.psmvertickal.com
322 452 5330 749 8581 Av Americas No. 68B - 61 Bogota D.C. / Colombia

Powered by CamScanner