PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDU

Fecha creación reporte 2023-05-15, 08:35:16 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1054700334

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202305

PAGADA 2023-05-15 20:30:41.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Documento	NI 85451879	**Dirección**	CRA 110C N. 75B 13		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3229837		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	12
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CAMARGO TOBIAS WINGEL ALFONSO	**Identificación**	CC 85451879		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79234115		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					PIMIENTA CUISMAN EDEN RAFAEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.160.000	25-14		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS008		4 %	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 1.160.000	$ 80.800	CCF24	4 %	$ 1.160.000	$ 46.400	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 80.800	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PROTEGER IPS

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S
Nit. 900434829-1
Carrera 48#96-73 Barrio la Castellana
Tel: Tel. 322 632 11 97 / 302 280 59 92
gerente@protegeripsi.com

COD	F-GO-21-01
VERSION	01
FECHA	30-JUL-2019
Pag 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

FOTOGRAFIA



DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 280717 Fecha Examen: 2022-12-26 Hora: 15:15:48

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 8949879 SECTOR: 123
ENT. MISIÓN: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 8949879 CIUDAD: BOGOTA D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: NEVARDO JOVANI APELLIDOS: TRIANA VEGA
IDENTIFICACIÓN: 91437711 FECHA DE NACIMIENTO: 15 de Septiembre de 1971 EDAD: 51
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA CARGO: OPERARIO
ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Colpensiones

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes sucepti bles 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) Lavado Auditivo oido derecho 3) Proteccion auditiva de acuerdo con la exposicion a ruido 4) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Evaluación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de protección visual segun tipo de exposicion

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
DIETA BAJA EN GRASA Y AZUCARES , PERDER PESO DE LA MANO DE NUTRICIONISTA DE EPS , REALIZAR EJERCICIO MINIMO 3 HORAS SEMANALES
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES , USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES , CONTROL ANUAL POR OPTOMETRA DE EPS
EVITAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN EXPOSICIÓN A RUIDO (85 DECIBELES O EQUIVALENTE SEGUN EXPOSICION) USAR DISPOSITIVOS DE SONIDO QUE REQUIERAN EL USO DE AUDÍFONOS, ASISTIR A EPS PARA VALORACION DE HIPOACUSIA POR OTORRINO CONTROL AUDITIVO ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVA, USO DE EPP AUDITIVO DURANTE EXPOSICIÓN A RUIDO, LIMPIEZA OTICA, USO DE GLICERINA CARBONATADA REGULARMENTE.

HELENN GISET NIÑO SUAREZ
Medico Registrado en Seguridad y salud en el trabajo
Reg No. 17 89/2015
Licencia No. 7937 de 28/11/2022

Atendido por: NIÑO SUAREZ HELENN GISET
Registro Médico: 17 89/2015
Licencia S.O.: 7937 DE 28/11/2022

Jovani

Paciente: TRIANA VEGA NEVARDO JOVANI
Identificación: 91437711

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDU

Fecha creación reporte 2023-04-19, 07:13:36 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1053977798

Periodo Cotización 202303 **Periodo Servicio** 202304

PAGADA 2023-04-19 18:51:54.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Documento	NI 85451879	**Dirección**	CRA 110C N. 75B 13		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3229837		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CAMARGO TOBIAS WINGEL ALFONSO	**Identificación**	CC 85451879		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 91437711		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					TRIANA VEGA NEVARDO JOVANI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.160.000	25-14		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS017		4 %	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 1.160.000	$ 80.800	CCF24	4 %	$ 1.160.000	$ 46.400	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 80.800	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDU

Fecha creación reporte 2023-05-15, 08:34:56 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1054700334

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202305

PAGADA 2023-05-15 20:30:41.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Documento	NI 85451879	**Dirección**	CRA 110C N. 75B 13		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3229837		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	12
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CAMARGO TOBIAS WINGEL ALFONSO	**Identificación**	CC 85451879		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 91437711		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					TRIANA VEGA NEVARDO JOVANI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30		F	$ 1.160.000	25-14		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS017		4 %	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	14-23	5	6.960 %	$ 1.160.000	$ 80.800	CCF24	4 %	$ 1.160.000	$ 46.400	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 80.800	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

200

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 18/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	85451879	**Cédula Usuario:**	CC 85451879
Nombre:	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Dirección:	CRA 1C 75B 13				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	WACT67@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3046225757		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 85451879	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	56	19/04/2023	CC 1096229669	GALVAN DUARTE SERGIO	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.

M 3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

4A218048869B88C3A26F9F6888FE4D8D

Certificado impreso el día 4/18/2023 5:11:32 PM por el portal de empresas Edesk

200

200

202

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

SERGIO IVAN
GALVAN DUARTE
1096229669

WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS
85451879

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
IDRD

No. 20232100207652 Código Web: HUe4#L
FECHA:14-06-2023 10:34:11 FOLIOS: 547
RADICADOR: IVAN EDUARDO BOHORQUEZ GODOY
DESTINO: SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE PARQUES
REMITENTE: CONSORCIO DISPARK SANDRA CARDOZO
ASUNTO: REMISION INFORME MENSUAL # 7
Seguimiento de trámite consulte www.idrd.gov.co
Calle 63 No. 59A - 06 PBX: 660 6400

201

201

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • • •

9009954678

No. de Radicación: 26005191

Fecha de Radicación: 18 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación: X B. Reporte de Novedades:	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia: X • Beneficiario o afiliado adicional: B. Colectiva: C. Institucional: D. De oficio:	A. Contributivo: X B. Subsidiado:	A. Cotizante: X B. Cabeza de familia: C. Beneficiario:	A. Dependiente: X B. Independiente: C. Pensionado:	(a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
GALVAN	DUARTE	SERGIO	IVAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1096229669	Femenino: Masculino: X	01 10 1994

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
0	Tipo: Condición:	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S.A.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	CL 80 BIS A SUR 16 P 42	NT	3102345983
sergiogalvan84@gmail.com	BOGOTA	Zona: 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

	31. Discapacidad: Tipo	Condición: F	H	M	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	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA	462
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)
WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS	CC	85451879	

39. Ubicación			
CR 110 C 75 B 13	3213418445	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 de documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Terminación de la inscripción en la EPS: Código: 6. Reinscripción en la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: B. Régimen Subsidiado: 14. Traslado: A. Mismo Régimen: B. Diferente Régimen: 15. Reporte de fallecimiento: 16. Reporte del trámite de protección al cesante: 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado: 18. Reporte de la calidad de Pensionado:

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
			D D M M A A A A	18 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA		

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. 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.
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. 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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o quien hace el trámite	55. Firma del representante, apoderado o funcionario autorizado 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 declara la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

INTERNET 202

07/2015

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9009954678

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 envio 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 POLITICA 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 SERGIO IVAN GALVAN DUARTE
Identificación: CC 1096229669

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos SERGIO IVAN GALVAN DUARTE
Identificación: CC 1096229669

"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

Bogotá DC. 18 de Abril 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 18/4/2023, 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 1096229669
Nombres y Apellidos	SERGIO IVAN GALVAN DUARTE
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 85451879
Razón Social Empleador	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	18/4/2023
Cargo	obrero
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDU

Fecha creación reporte 2023-05-15, 08:36:03 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1054700334

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202305

PAGADA 2023-05-15 20:30:41.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Documento	NI 85451879	**Dirección**	CRA 110C N. 75B 13		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3229837		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	12
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CAMARGO TOBIAS WINGEL ALFONSO	**Identificación**	CC 85451879		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1096229669		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GALVAN DUARTE SERGIO IVAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trns. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trns. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	13	13	13	13			F	$ 1.160.000	230301		16 %	$ 502.667	$ 80.500	$ 0	$ 0	EPS017		4 %	$ 502.667	$ 20.200	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 502.667	$ 35.000	CCF24	4 %	$ 502.667	$ 20.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 80.500	$ 0	$ 0	$ 20.200	$ 35.000	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 155.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PROTEGER IPS

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. 322 812 11 97 / 302 250 59 02
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 293808 Fecha Examen: 2023-04-21 Hora: 14:34:17

FOTOGRAFIA

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 85451879 SECTOR: 123
ENT. MISIÓN: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 85451879 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: RODOLFO JOSE APELLIDOS: MARRIAGA ORTIZ
IDENTIFICACIÓN: 1127595805 FECHA DE NACIMIENTO: 27 de Noviembre de 1989 EDAD: 33
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: ayudante de obra
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SIN AFILIACION AFP: SIN AFILIACION

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles 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) Control por Otorrinolaringologia 3) Examen Audiologico Complementario 4) Proteccion auditiva de acuerdo con [illegible] la exposición a ruido 5) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Actualizar formula 2) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 3) Control Optometria en 1 año 4) Corrección Optica con [illegible] 5) Educación en higiene visual 6) Pausa activa visual 7) Uso de lentes de descanso 8) Uso de proteccion visual segun tipo de exposicion

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
SE RECOMIENDA VOLORACION POR OTORRINO POR SU EPS
SE RECOMIENDA VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU EPS

Atendido por: ORTEGA RIVERA YANIRA NAIZ
Registro Médico: 1140839428
Licencia S.O.: 4535 DE 29 AGOSTO DE 2022

Paciente: MARRIAGA ORTIZ RODOLFO JOSE
Identificación: 1127595805

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	85451879	**Cédula Usuario:**	CC 85451879
Nombre:	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Dirección:	CRA 1C 75B 13				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	WACT67@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3046225757		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 85451879	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	57	25/04/2023	CC 1127595805	MARRIAGA ORTIZ RODOLFO	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.

L3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

D96C707ADD072EF81B05DB53DC923DE5

Certificado impreso el día 4/24/2023 6:18:21 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

RODOLFO JOSE
MARRIAGA ORTIZ
1127595805

WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS
85451879

208

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

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
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 [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MARRIAGA	ORTIZ	RODOLFO	JOSE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. [X] C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1127595805
9. SEXO: F [X] M
10. FECHA NACIMIENTO: 27 11 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo	Condición	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
			F. N. M.	T. P.			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		DIAGONAL 42 CARRERA 20-80	U. R.		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
			3158034702		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F M
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F. N. M. T. P. Condición
1								
2								
3								
4								

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

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
WINGEL CAMARGO	C.C. [X] C.E. P.A. C.D. N.I.	85451879		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
Cra 110C n. 75B 13	BOGOTA	CUNDINAMARCA		3046225757	

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 24 MES 04 AÑO 2023	OBRERO	1.160.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 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 [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	CAJACOPI SUB		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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:

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

209

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 290235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, _____ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____
número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ☐ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ☐ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ☐ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO
			$				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Preescolar ☐ Básico Primaria ☐ Secundaria ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Normalista ☐ Técnica Profesional ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Último Grado ☐ Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 99 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación: NIT ☐ P.A. ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

210

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:

RODOLFO JOSE MARRIAGA ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.595.805**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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.*

compensar

Bogotá DC. 24 de Abril 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 24/4/2023, 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 1127595805
Nombres y Apellidos	rodolfo jose mariaga ortiz
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 85451879
Razón Social Empleador	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	24/4/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	24/4/2023
Cargo	obrero
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 9680-IN

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

212

PROTEGER I.P.S.

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

COD	FEO 01 F1
VERSION	01
FECHA	15 JUL 2021
Pag 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 293901 Fecha Examen: 2023-04-21 Hora: 14:45:42

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 85451879 SECTOR: 123
ENT. MISIÓN: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT. 85451879 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: YESHUA DALEXANDRO APELLIDOS: MARRIAGA CASTILLO
IDENTIFICACIÓN: 6104344 FECHA DE NACIMIENTO: 24 de Octubre de 2002 EDAD: 20
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA CARGO: ayudante de obra
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SIN AFILIACIÓN AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

I) 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) Corrección Óptica con anteojos 4) Educación en higiene visual 5) Pausa activa visual 6) Uso de lentes de descanso 7) 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.
SE RECOMIENDA VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU EPS

Yanira Naiz Ortega Rivera
Médico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Reg No 1140839428
Licencia No 4535 DE 29 AGOSTO DE 2022

yeshua.

Atendido por: ORTEGA RIVERA YANIRA NAIZ
Registro Médico: 1140839428
Licencia S.O.: 4535 DE 29 AGOSTO DE 2022

Paciente: MARRIAGA CASTILLO YESHUA DALEXANDRO
Identificación: 6104344

Powered by CamScanner

PROTEGER IPS

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 / 302 250 59 92
gerente@protegerips.com

COD	[illegible]
VERSION	01
FECHA	[illegible]
Pag [illegible]	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 293898 Fecha Examen: 2023-04-21 Hora: 14:34:17

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 85451879 SECTOR: 123
ENT. MISIÓN: WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS NIT: 85451879 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: RODOLFO JOSE APELLIDOS: MARRIAGA ORTIZ
IDENTIFICACIÓN: 1127595805 FECHA DE NACIMIENTO: 27 de Noviembre de 1969 EDAD: 53
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: ayudante de obra
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SIN AFILIACIÓN AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

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

Caso Descartado

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Control por Otorrinolaringologia 3) Examen Audiológico Complementario 4) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 5) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Actualizar formula 2) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 3) Control Optometria en 1 año 4) Corrección Óptica con anteojos 5) Educación en higiene visual 6) Pausa activa visual 7) Uso de lentes de descanso 8) Uso de proteccion visual segun tipo de exposicion

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
SE RECOMIENDA VOLORACION POR OTORRINO POR SU EPS
SE RECOMIENDA VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU EPS

[illegible]

Atendido por: ORTEGA RIVERA YANIRA NAIZ
Registro Médico: 1140839428
Licencia S.O.: 4535 DE 20 AGOSTO DE 2022

Paciente: MARRIAGA ORTIZ RODOLFO JOSE
Identificación: 1127595805

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	85451879	**Cédula Usuario:**	CC 85451879
Nombre:	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Dirección:	CRA 1C 75B 13				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	WACT67@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3046225757		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 85451879	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	58	25/04/2023	CE 6104344	MARRIAGA CASTILLO YESUA	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.

1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

D96C707ADD072EF81B05DB53DC923DE5

Certificado impreso el día 4/24/2023 6:23:59 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

YESUA DALEXANDRO
MARRIAGA CASTILLO
6104344
WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS
85451879

216

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

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

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 [ ] C. Pensionado [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: MARRIAGA | SEGUNDO APELLIDO: CASTILLO | PRIMER NOMBRE: YESHUA | SEGUNDO NOMBRE: DALEXANDRO

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC

8. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6104344

9. SEXO: F [X] M [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: 24 | 10 | 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código

12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M | Condición T P

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: DIAGONAL 42 CARRERA 20-80 | ZONA U. [ ] R. [ ]

LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3158034702 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE PA CD

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO: F M

23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

CÓDIGO IPS

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

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

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

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

35. Nombre o Razón Social: WINGEL CAMARGO

36. Tipo documento de identidad: NI [X] CE PA CD

37. Número documento de identidad: 85451879

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 110C n. 75B 13 | MUNICIPIO: BOGOTA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3046225757 | CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 24 | 04 | 2023 | CARGO: OBRERO | SALARIO: 1.160.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 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 [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO F M | FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO

43. EPS ANTERIOR Código: CAJACOPI SUB

44. MOTIVO DE TRASLADO Código

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

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: DÍA MES AÑO

69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO

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:

0007000 ENERO / 2016

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.

217

2a. COPIA: AFILIADO -

01-01-F-009

O.P. 360236 3416

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, _____ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____
número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ☐ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ☐ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ☐ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO
			$				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ | Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado | Básico Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | Tipo de Identificación: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐ | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

218

compensar

Bogotá DC. 24 de Abril 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 24/4/2023, 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 6104344
Nombres y Apellidos	yesthus alexandro mamaga castillo
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 85451879
Razón Social Empleador	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	24/4/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	24/4/2023
Cargo	obrero
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS. este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 9660-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

219

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-05-15, 08:36:52 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1054700334

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202305

PAGADA 2023-05-15 20:30:41.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS				
Documento	NI 85451879	**Dirección**	CRA 110C N. 75B 13		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3229837		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	12
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CAMARGO TOBIAS WINGEL ALFONSO	**Identificación**	CC 85451879		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CE 6104344		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					MARRIAGA CASTILLO YESHUA DALEXANDR	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
INO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF								Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	7	7	7	7								230301		16 %	$ 270.667	$ 43.400	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 270.667	$ 10.900	$ 0	14-23	5	6.960 %	$ 270.667	$ 18.900	CCF24	4 %	$ 270.667	$ 10.900	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. CM	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 43.400	$ 0	$ 0	$ 10.900	$ 18.900	$ 10.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

PLANI . INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	85451879	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS	carrera 110c # 75b 13	3229837	wact67@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-04	I	16/05/2023	67729798	$940.500

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	412.500	0		0		0	0	0	0	412.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	528.000	0	0	0	0	0	0		528.000	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										

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	1	412.500	412.500
Pensión	1	528.000	528.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	940.500	940.500

221

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
CC	85451879	WINGEL ALFONSO CAMARGO TOBIAS	carrera 110c # 75b 13	3229837	wact67@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	16/05/2023	67729798	$940.500	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	85451879	CAMARGO TOBIAS WINGEL ALFONSO	3	0			N																	25-14	3,300,000	526,000	0	0	0	0	EPS017	3,300,000	412,500					0			0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

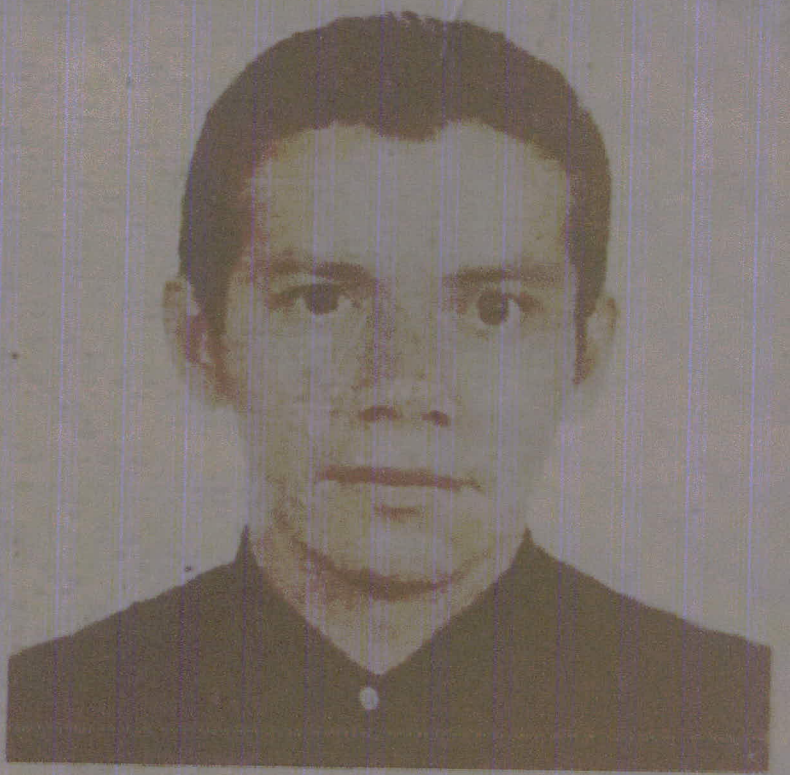
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.696.652**

CRIOLLO BECERRA
APELLIDOS

GIOVANNI
NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-20, 12:52:07 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1054234185

Periodo Cotización: abril de 2023 Periodo Servicio: abril de 2023

PAGADO 20/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GIOVANNI CRIOLLO BACERRA		
Documento	CC79696652	**Dirección**	CL 165 #12 - 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6797878
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79696652	GIOVANNI CRIOLLO BECERRA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1,160,000	$ 185,600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,160,000	$ 145,000	6.960	$ 1,160,000	$ 80,800	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411,400

229

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,160,000	$ 1,160,000	$ 1,160,000	$ 0	$ 185,600	$ 145,000	$ 80,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411,400	$ 0	$ 411,400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

Powered by CamScanner

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Powered by CamScanner

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Giovanni criollo Becerra identificado con la C.C. Nº 79696651 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el dia 10 / 05 / 23 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

Powered by CamScanner

Belzcon	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

FECHA: 10 - Mayo - 23 CIUDAD: Bogota CEDULA: 79696651

NOMBRE: Giovanni Criollo

CARGO: ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO		 ✓
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)	X	 ✓
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD		 ✓
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)		 ✓

Powered by CamScanner

Belzcon	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

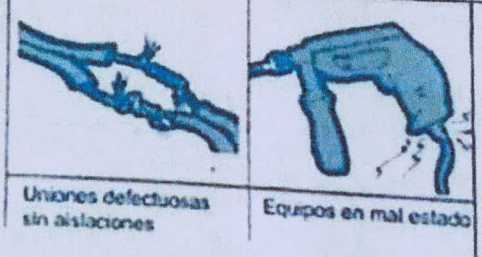
a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		F	✓
13. Estos son peligros físicos.			V
14. Estos son peligros de seguridad.			V

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		Falso	Verdadero
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		F	✓

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

Verdadero falso

16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.		V	
17. Estos no son elementos de protección personal.			F
18. Estos son peligros naturales		V	
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS		V	
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.		V	

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Productiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN		22	
24. ADVERTENCIA		21	

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	X		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 4.8

Powered by CamScanner

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

FECHA			NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROYECTO/OBRA
AÑO	MES	DÍA			
			Giovanni criollo	Ayudante	

DOTACIÓN

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR	CANT	SUPERIOR TALLA	SUPERIOR COLOR	CANT	INFERIOR TALLA	INFERIOR COLOR	OBSERVACIONES	MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR	CANT	TALLA
CHALECO REFLECTIVO ☐								BOTAS DIELÉCTRICAS ☒	1	38
OVEROL ☒	1	M	Rojo					BOTAS DE SOLDADOR ☐		
JEAN ☒								BOTAS CAUCHO ☐		
IMPERMEABLE ☐	1	28	Azul					OTRO: ☐		
OFICINA/SERV. GENERALES ☐										
CHAQUETA BELZCON/CLIENTE ☐										

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

MANOS	CANT	MANOS	CANT	CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT	CASCO COLOR	GAFAS CLARA	GAFAS OSCURA	TAPA OÍDOS INSERCIÓN	TAPA OÍDOS COPA	OBSERVACIONES
VAQUETA		CAUCHO								
CARNAZA (SOLDAR)		NITRILO								

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE Cesar Tolino	NOMBRE Giovanni criollo
FIRMA	FIRMA Y CEDULA 79'96652

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.147.213**

TELLEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

JARRY

NOMBRES



FIRMA

234

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

21-ABR-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

235

A-1500150-01012910-M-0080147213-20180607 0061484873A 1 9904556242

Escaneado con CamScanner

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-12, 01:15:06 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 62676264

Periodo Cotización: abril de 2023 Periodo Servicio: abril de 2023

PAGADO 12/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JARRY TELLEZ		
Documento	CC80147213	**Dirección**	CL 16A #1 A - 30 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7225827
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80147213	JARRY TELLEZ RODRIGUEZ	59	00																		0	30	30	30	0	(23001) COLFONDOS	$ 1,160,000	$ 185,600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1,160,000	$ 145,000	6.960	$ 1,160,000	$ 80,800	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411,400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,160,000	$ 1,160,000	$ 1,160,000	$ 0	$ 185,600	$ 145,000	$ 80,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411,400	$ 0	$ 411,400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Belzc	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), Incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

Powered by CamScanner

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterias.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Powered by CamScanner

ST-29

Belzc	NOTIFICACIONES DE RIESGO	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Jerry Tellez Rodriguez identificado con la C.C. Nº 80147713 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el dia 10 / 05 / 2023 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR INSPECTOR SISO

239

Powered by CamScanner

Belzc	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOMBRE: Zulma	CEDULA: 801-1723	CARGO: Ayudante	RH: B+
DIRECCIÓN: K-15 esc # 29-11	TELCEL: 3152517372	LOCALIDAD: Suacha	EDAD: 38
FECHA DE NACIMIENTO:	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:	CORREO:	
ARL: sura	EPS: sanitas	AFP: colpensiones	
FECHA DE EXÁMENES MÉDICOS:	RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI NO		CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: ¿SI NO		CUÁL?
FIRMA EMPLEADO:	FECHA:		

Powered by CamScanner

240

Belzcon	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG 1 DE 1 2022/12/01

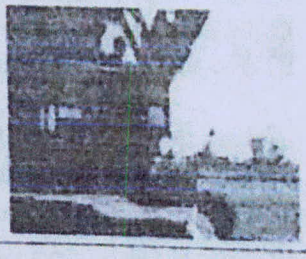
FECHA: 10/05/2023 CIUDAD: Bogota CEDULA: 80147213

NOMBRE: Jarry Tellez Rodriguez

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO	
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)	
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD	
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Proactiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

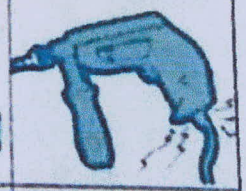
11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

Powered by CamScanner

FR-SST-09
N: 01
: 1

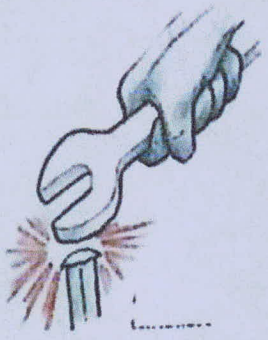
Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		X	✓
13. Estos son peligros físicos.			X ✓
14. Estos son peligros de seguridad.	 Uniones defectuosas sin aislaciones  Equipos en mal estado		X ✓
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		**Falso**	**Verdadero**
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	✓

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

Vedol f

16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.		X	✓
17. Estos no son elementos de protección personal.			X ✓
18. Estos son peligros naturales		X	✓
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS		X	✓
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.		X	✓

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23 ✓	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24 ✓	

Powered by CamScanner

FR-SST-V: 01

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN	22	✓	
24. ADVERTENCIA	21	✓	

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	X		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?	nada esta perfecto		

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 4.9

Powered by CamScanner

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

FECHA AÑO	FECHA MES	FECHA DÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROYECTO/OBRA
2023	05	10	Jarey Tellez Rodriguez	Ayudante	IDRD.

DOTACIÓN

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR	CANT	SUPERIOR TALLA	SUPERIOR COLOR	CANT	INFERIOR TALLA	INFERIOR COLOR	OBSERVACIONES
CARNAZA (SOLDAR) ☐							
OVEROL ☒							
JEAN ☒							
IMPERMEABLE ☐							
OFICINA/SERV. GENERALES ☐							
CHAQUETA BELZCON /CLIE... ☐							

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR	CANT	TALLA
BOTAS DIELÉCTRICAS ☒	1	39
BOTAS DE SOLDADOR ☐		
BOTAS CAUCHO ☐		
OTRO: ☐		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

MANOS	CANT	MANOS	CANT	CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT	CASCO COLOR	GAFAS CLARA	GAFAS OSCURA	TAPA OÍDOS INSERCIÓN	TAPA OÍDOS COPA	OBSERVACIONES
VAQUETA		CAUCHO								
CARNAZA (SOLDAR)		NITRILO								

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: Carla Solano	NOMBRE: Jarey Tellez Rodriguez
FIRMA:	FIRMA Y CEDULA: T.I. 1.0...2765

246

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-05-12, 07:24:03 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1054769266

Periodo Cotización: mayo de 2023 Periodo Servicio: mayo de 2023

PAGADO 12/05/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE LEANDRO ROA BECERRA		
Documento	CC1012399669	**Dirección**	CL 27 SUR #12 - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6797867
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1012399669	JOSE LEANDRO ROA BECERRA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 145.000	6.960	$ 1.160.000	$ 80.800	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$411.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 411.400	$ 0	$ 411.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.440.052
MURILLO GAMBOA
APELLIDOS
ANDRES FABIAN
NOMBRES
Andres fabian murillo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
26-ENE-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-00884167-M-1018440052-20170217 0053735953A 1 48099829

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 230797 correspondiente a la empresa Metalicas Y Estructuras Sas.

Empresa en misión METALICAS Y ESTRUCTURAS SAS sucursal BOGOTA D.C. - BOGOTA

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ANDRES FABIAN MURILLO GAMBOA	C.C.	1,018,440,052	10/05/2023	RIESGO V	6.960	CTRAB BOGOTA 1

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 12 de mayo de 2023 a las 08:57:39 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

porvenir
sólo hay uno

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:

ANDRES FABIAN MURILLO GAMBOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.440.052**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; 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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MURILLO	GAMBOA	ANDRES	FABIAN

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1018440052	Femenino [ ] Masculino [X]	1 0 0 1 1 9 9 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	14	

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotizacion - IBC
16 AXXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1.160 000

18. Residencia	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: CALLE 163C #4C – 27 IN 2		3243451764	jenifermariana26@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTÁ D.C	Urbana [X] Rural [ ]		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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

atos complementarios

	9. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condicion T	Condicion P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono 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	Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (A registrar por la EPS)
METALICAS Y ESTRUCTURAS SAS	NIT	900629943-6	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 13C N 56-53 SUR	CRA 13C N 56-53 SUR	recursos h@metalicasyestructuras.com	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

251

capitalsalud

Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 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 condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 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
MURILLO	GAMBOA	ANDRES	FABIAN

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
C C	1018440052	Femenino [ ] Masculino [x]	1 0 0 1 1 9 9 9	1 0 0 5 2 0 2 3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		PORVENIR

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia economica de los beneficianos 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 el 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
Andres M	METALICAS & ESTRUCTURAS S.A. A la Altura de los Tiempos. Dirección Recursos Humanos NIT 830.095.435-6

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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		

70. Datos del 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 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.

252

- 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 corresponde, 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 vencer la 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 el 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.

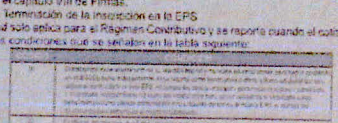
Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios.

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:



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 FIPEC 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 los 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 este 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 este.
- 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 acrediten la condición de beneficiario o afiliado adicional, tal documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de 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 este 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 compañero (a) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para este 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 este 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 tuviera.
- 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 acrediten 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 básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviera.
- 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 trate 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 trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VIII 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 acrediten 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 sea 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.

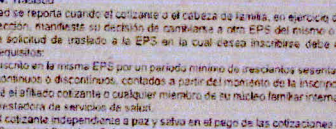
Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifieste 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 este inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté al afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que este 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 tuviera.
- 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 trasladó.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS según la tabla siguiente:



- 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 acrediten 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 esta incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el periodo 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, el del cotizante o el 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 VII, 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 prepensionado

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 cotizara como prepensionado.
- 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 cotizara 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 X, 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.

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional trasladado.

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 la 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 13: 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 encuentre 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 acrediten 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 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 a los documento(s) que se anexa(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 sustenta 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 consulto 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MURILLO GAMBOA ANDRES FABIAN, CC - 1018440052**, está afiliado(a) desde **09/05/2023**, como trabajador de **METALICAS Y ESTRUCTURAS SAS**, con NIT: **9006299436**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **10/05/2023**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **11 de Mayo del 2023** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), Incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

Powered by CamScanner

	desorden publico, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico o inorgánico (polucion por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de obra se acerque a la rnaquina durante la excavacion.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Powered by CamScanner

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada. por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Andres Murillo identificado con la C.C. Nº 1018440052 de Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 16/05/2023 en la ciudad de Bogotá.

Andres M.
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOMBRE: Andres Murillo	CEDULA: 1018440052	CARGO: Ayudante	RH: O+
DIRECCIÓN: Cll 16sc 4c este 27 n2	TEL/CEL: 324345 1764	LOCALIDAD: Usaquen	EDAD: 24
FECHA DE NACIMIENTO: 10-01-1999	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:	CORREO:	
ARL:	EPS: Capital salud	AFP:	
FECHA DE EXÁMENES MÉDICOS:	RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI	NO	CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: ¿SI	NO	CUÁL?
FIRMA EMPLEADO: Andres M.	FECHA: 16-05-2023		

258

Powered by CamScanner

Belzcon	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN 01 PAG 1 DE 1 2022/12/01

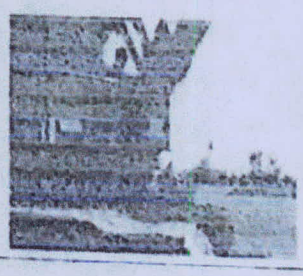
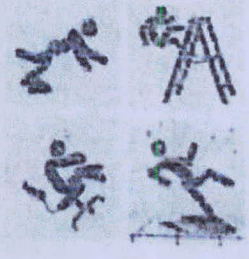
FECHA: 16-05-2023 CIUDAD Bogota CEDULA 1010440052

NOMBRE: Andres Murillo

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO		
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)		
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD		
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)		

Powered by CamScanner

Belzcon	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN. 01 PAG 1 DE 1 2022/12/01

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Responsiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		X	✓
13. Estos son peligros físicos.			✓
14. Estos son peligros de seguridad.	 Uniones defectuosas sin aislaciones  Equipos en mal estado		✓

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		Falso	Verdadero
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	✓

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Proactiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

		F	V
16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.			X
17. Estos no son elementos de protección personal.		X	
18. Estos son peligros naturales			X
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS			X
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.			X

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN	22	✓		
24. ADVERTENCIA	21	✓		

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	X		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 8

Powered by CamScanner

PAG.1 DE 1
2022/12/01

FECHA AÑO	FECHA MES	FECHA DÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROYECTO/OBRA
2022	05	16	Andres M.	Ayudante	Porgd 1D/22

DOTACIÓN

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR	CANT	SUPERIOR TALLA	SUPERIOR COLOR	CANT	INFERIOR TALLA	INFERIOR COLOR	OBSERVACIONES	MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR	CANT	TALLA
CHALECO REFLECTIVO ☐								BOTAS DIELÉCTRICAS ☒		
OVEROL ☐								BOTAS DE SOLDADOR ☐		
JEAN ☒								BOTAS CAUCHO ☐		
IMPERMEABLE ☐								OTRO: ☐		
OFICINA/SERV. GENERALES ☐										
CHAQUETA BELZCON/CLIENTE ☐										

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

MANOS	CANT	MANOS	CANT	CASCO ☒ BARBUQUEJO ☐ CANT	CASCO COLOR	GAFAS CLARA	GAFAS OSCURA	TAPA OÍDOS INSERCIÓN	TAPA OÍDOS COPA	OBSERVACIONES
VAQUETA		CAUCHO								
CARNAZA (SOLDAR)		NITRILO								

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: Cirlo Polo	NOMBRE: Andres Tirado
FIRMA:	FIRMA Y CEDULA: Andres M.

264

Powered by CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que FABIO ALBEIRO TOVAR RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1118199700 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

METALICAS Y ESTRUCTURAS S.A.S NI 900629943

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-04	2023-05	2075955198	9450822042	E	2023-05-11																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,160,000	$185,600
ARL	COLPATRIA ARP	30	6.96%	$1,160,000	$80,800
CCF	CAFAM	30	4%	$1,160,000	$46,400
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$1,160,000	$46,400

Este certificado se expide el dia 2023-05-12 a las 08:54.

265

Belzca	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de camaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

Powered by CamScanner

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Powered by CamScanner

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Fabio Tovar identificado con la C.C. Nº 1.118199700 de Villanueva conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 16/05/2023 en la ciudad de Bogotá.

Fabio Tovar
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

Powered by CamScanner

Belzca	NOTIFICACIONES DE RIESGO	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOMBRE: Fabio Tovar	CEDULA: 1.118197800	CARGO: Instalador	RH: o+
DIRECCIÓN: cr13c #56-53	TEL/CEL: 320 8769561	LOCALIDAD: Tunjuelita	EDAD: 28
FECHA DE NACIMIENTO: 26-08-1996	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:	CORREO: faviotovar9809gmail.com	
ARL: AXA	EPS: Salud Total	AFP: Porvenir	
FECHA DE EXÁMENES MÉDICOS:	RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI NO CUÁL?		
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: ¿SI NO CUÁL?		
FIRMA EMPLEADO: Fabio Tovar	FECHA: 16-05-2023		

269

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

FECHA: 16-05-2023 CIUDAD: Bogota CEDULA: 1113199700

NOMBRE: Fabio Tovar

CARGO: Instalador INDUCCIÓN SI REINDUCCIÓN ___

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO	
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)	
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD	
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)	

Powered by CamScanner

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo

a. Encontramos los integrantes del COPASST
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida
(c) Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política
d. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca

(a) Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

(a) Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
(b) En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre:

(a) Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

(a) Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

(a) SI
b. No
c. Depende de la ARL

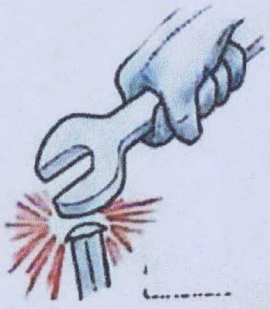
Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

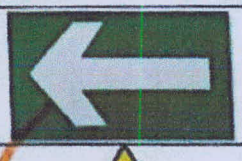
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		X	✓
13. Estos son peligros físicos.			X ✓
14. Estos son peligros de seguridad.	 Uniones defectuosas sin aislaciones  Equipos en mal estado		X ✓
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		**Falso**	**Verdadero**
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	✓

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.			X
17. Estos no son elementos de protección personal.		x	X
18. Estos son peligros naturales			X
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS			X
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.			X

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN	22 ✓		
24. ADVERTENCIA	21 ✓		

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	X		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 4.9

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

FRANCISCO BECERRA GOMEZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 80164690

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL AVANZADO

Código 320101120 Versión 1

En testimonio de lo anterior se firma el presente en BOGOTÁ D.C. A los doce(12) días del mes de Noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

1490524 - 02/11/2022
No Y FECHA REGISTRO

ANDREA LORENA REALPE GAVIRIA
Subdirectora CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia
Hasta el 2 de Noviembre de 2025

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.senalaboral.gov.co/ mediante el número

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	901534240-1	TRANSUMINISTRO PEREZ SAS	CRA 77 16-51 TO 5 AP 1001	9249303	afiliaciones2014@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-03	E	13/04/2023	67053234	$712.800	

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	23.200	0		0		0	0	0	0	23.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	23.200	0		0		0	0	0	0	23.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	23.200	0		0		0	0	0	0	23.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	162.400	0	0	0	0	0	0		162.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	324.800	0	0	0	0	0	0		324.800	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	121.200				121.200	0	0	121.200			1.212	121.200	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	34.800	0	0	34.800	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	69.600	69.600
Pensión	2	487.200	487.200
Riesgos Laborales	1	121.200	121.200
CCF	1	34.800	34.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	712.800	712.800

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	901534240-1	TRANSUMINISTRO PEREZ SAS		CRA 77 16-51 TO 5 AP 1001	9249303	afiliaciones2014@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-03	E	13/04/2023	67053234	$712.800	

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	Exonerado	IRG	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	79348255	PEREZ GOYENECHE LUIS HORACIO	1	0			S																	230301	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS008	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	11.600	0	0	0	0	0
2	CC	79348255	PEREZ GOYENECHE LUIS HORACIO	1	0			S									X								230301	580.000	69.600	0	0	0	0	EPS008	580.000	0	14-11	580.000	5	0	CCF24	580.000	0	0	0	0	0	0
3	CC	80364690	BECERRA GOMEZ FRANCISCO	1	0			S																	25-14	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS002	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	11.600	0	0	0	0	0
4	CC	80364690	BECERRA GOMEZ FRANCISCO	1	0			S									X								25-14	580.000	69.600	0	0	0	0	EPS002	580.000	0	14-11	580.000	5	0	CCF24	580.000	0	0	0	0	0	0
5	CC	4136802	DIAZ BAEZ HUMBERTO	1	0			S																	25-14	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS037	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	11.600	0	0	0	0	0
6	CC	4136802	DIAZ BAEZ HUMBERTO	1	0			S									X								25-14	580.000	69.600	0	0	0	0	EPS037	580.000	0	14-11	580.000	5	0	CCF24	580.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.895.876

CARMONA RESTREPO

APELLIDOS

CARLOS AUGUSTO

NOMBRES

Carlos Carmona R.

FIRMA



248



FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-1985**

SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-AGO-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200500-00424977-M-0080895876-20130206 0032405449A 1 7212194305

279

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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 SUR 2	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-12	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CARLOS AUGUSTO CARMONA RESTREPO			Identificación CC	Nro 80895876
Fecha de Nacimiento	1985-06-09	**Edad**	37	**Sexo**	M
Empresa	JHC INGENIEROS SAS				
Cargo	OPERADOR DE MAQUINARIA				
Fecha Ingreso	2023-01-12 17:26:40	**Fecha Salida**	2023-01-12 17:29:47		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

CONCEPTO_DE_APTITUD

EXAMEN PERIODICO — SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

RECOMENDACIONES

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

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. Articulo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Medicina en S.O.
Universidad del Rosario
Reg: 52814156
De 27/01/2015

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

Carlos Carmona

CARLOS AUGUSTO CARMONA RESTREPO
CC 80895876
Firma del trabajador

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JHC INGENIEROS SAS identificado(a) con NI 900552174 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CARLOS AUGUSTO CARMONA RESTREPO identificado(a) con CC 80895876

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-04	30																		$1,581,000	4%	$63,300
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-03	30																		$1,581,000	16%	$253,000
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-03	30																		$1,581,000		$0
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-03	30																		$1,581,000		$0
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-03	30																		$0	0%	$0
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-03	30																		$0	0%	$0
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-03	30																		$1,581,000	6.96%	$110,100
9449554193	2023726129	E	2023-04-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-03	30																		$1,581,000	4%	$63,300

Este certificado se expide el día 2023-04-14 a las 12:30.

JHC INGENIEROS S.A.S
NIT: 900.552.174-6

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

Yo HELEN MORENO SAZA identificada con Cedula de Ciudadanía No. 52.880.443 de Bogotá, representante legal Suplente de JHC INGENIEROS S.A.S. con Nit 900.552.174-6.

CERTIFICO QUE

El señor CARLOS AUGUSTO CARMONA RESTREPO identificado con cedula de ciudadanía No. 80.895.876 de Bogotá, es una persona idónea y cumple con los requisitos en cuanto a habilidades y formación para el buen desempeño y funcionamiento de sus actividades como Operador de MINICARGADOR.

Se expide a solicitud, en Bogotá D.C. El día Cuatro (04) de Mayo del año 2023.

Cordialmente,

ING. HELEN MORENO SAZA
Representante Legal (S)
JHC INGENIEROS S.A.S

Calle 127 Bis # 88 – 07
Tel: 519 67 40 – 315 468 01 08
jhcingenierosas@gmail.com
Bogotá D.C.

282

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN 01 PAG 1 DE 1

FECHA: 8/May/2023 CIUDAD: Bogota CEDULA: 80875876

CARGO: Ayudante Obra INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO



2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)



3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD



4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)



Powered by CamScanner

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST. ✓
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral reza de:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales ✓
b. Revisar los puestos de trabajo y total a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre:

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo. ✓
b. Donde puedo comer en las instalaciones.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

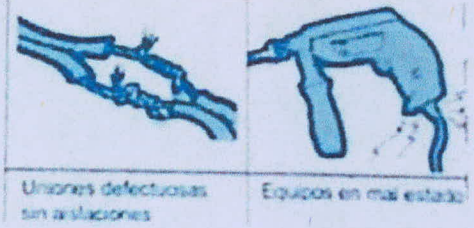
a. Por escrito al área de Gestión Humana ✓
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debe realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestion humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si ✓
b. No

Powered by CamScanner

Belzcon	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION	BLZC-FR-SST-09

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué ... encuentre lo importante es		F ✓	
13 Estos son peligros físicos.			V ✓
14. Estos son peligros de seguridad			V ✓

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		Falso	Verdadero
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		F ✓	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Productiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG. 1 DE 1

16. El mal uso de esta debe reportar al COPASST O JEFE DIRECTO.		V	✓
17. Estos no son elementos de protección personal		F	✓
18. Estos son peligros		V	✓
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS			✓
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de		V	

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23	
22 PUNTO DE ENCUENTRO	24	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Proactiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG. 1 DE 1

23. RUTA DE EVACUACIÓN	22	
24. Advertencia	21	

EVALUACION AL METODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	Y		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?			
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X X		
capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser .....

nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

460

Powered by CamScanner

Belzca	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

Powered by CamScanner

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Powered by CamScanner

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Carlos Caimona R identificado con la C.C. Nº 80895876 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 8 / May / 2023 en la ciudad de Bogotá.

Carlos Caimona R
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

290

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 71.944.232
ESPINOSA ESPINOSA
APELLIDOS
OSCAR ALBERTO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1974
TARAZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

12-AGO-1993 APARTADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01239415-M-0071944232-20210618 0074661371A 1 9915593082

291

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	860402376	**Cédula Usuario:**	CC 19447710
Nombre:	EQUIVIBROS SAS				
Dirección:	CL 76 28A 22				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	equivibros@yahoo.es				
Teléfono:	2409079		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5439004 OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE EL ALQUILER DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONSTRUCCION (CON OPERADORES)				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 19447710	BENJAMIN MARTINEZ PORRAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	14	13/04/2023	CC 71944232	ESPINOSA ESPINOSA OSCAR	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.

M 3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

8955641B63E6BCC03FB618FD472C0941 Certificado impreso el día 4/12/2023 10:07:01 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

OSCAR ALBERTO
ESPINOSA ESPINOSA
71944232
EQUIVIBROS SAS
860402376

293

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) OSCAR ALBERTO ESPINOSA ESPINOSA identificado con CC No. 71944232 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 71944232, con vigencia desde 3/17/2022 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	39306826	UBITH DEL CARMEN RAMOS RICO	55	51	17/03/2022	Vigente		No
2	71944232	OSCAR ALBERTO ESPINOSA ESPINOSA	49	51	17/03/2022	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 12 días del mes de Abril del 2023

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

294

porvenir
sólo hay uno

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:

OSCAR ALBERTO ESPINOSA ESPINOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.944.232**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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.*