CONTRATO DE INTERVENTORIA SCJ-1804-2023

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS

INFORME MENSUAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INFORME NO. 03

DEL 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023

INTERVENTOR

TOTALL INC SAS BIC

CONTRATO DE INTERVENTORIA SCJ-1804-2023

OBJETO INTERVENTORIA

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS

INTERVENTORIA

TOTALL INC SAS BIC

CONTENIDO

Contenido

1. INTRODUCCION 4

2. DESCRIPCION DEL PROYECTO 5

2.1 LOCALIZACION 5

3. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO 5

3.1 INFORMACION BASICA DEL CONTRATO DE OBRA 5

4. SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 6

4.1 RECURSOS 6

4.1.1 RELACION DE PERSONAL SST POR CONTRATISTA 6

4.1.2 RELACION DE PERSONAL SST POR INTERVENTORIA 7

4.2 AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL 8

4.3 CAPACITACION Y/O CHARLA PREOPERACIONAL SST 8

4.4 INSPECCIONES PREOPERACIONALES 9

4.5 INCIDENTES Y ACCIDENTE DE TRABAJO EN OBRA 9

5. ENTREGA DE EPP 9

6. EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES 10

7. COPASST 10

8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 10

10. BRIGADISTAS DE EMERGENCIA 10

11. ANALISIS DE TRABAJO SEGURO “ATS” 10

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 11

1. INTRODUCCION

La seguridad y salud laboral tiene como objeto la aplicación de las medidas necesarias para evitar, o al menos minimizar, los riesgos en el trabajo y promocionar la salud entre los trabajadores.

No obstante, la planificación, organización y control de la gestión en materia de seguridad laboral debe realizarse de forma consensuada entre el empleador y trabajadores, con la supervisión de las administraciones. Desafortunadamente, en determinadas actividades laborales no es posible llegar a un riesgo cero. Aunque siempre se puede reducir el número de accidentes y minimizar sus consecuencias mediante el empleo adecuado de equipos de protección individual (EPIs): cascos, botas de seguridad, arneses, etc. y con medidas de seguridad colectiva. Otra área de gran importancia en el campo de la prevención es la formación de los trabajadores y la concienciación de éstos de la necesidad de seguir al pie de la letra todos los protocolos y medidas de seguridad.

La función de la Interventoría consiste en supervisar y verificar el cumplimiento de Seguridad, Salud en el Trabajo (SST), desarrollada por el Contratista de obra para el cumplimiento de las labores en SST detalladas en el Capítulo SST del Contrato.

El presente informe se realiza teniendo en cuenta el periodo de tiempo de ejecución establecido entre el 01 al 30 de diciembre de 2023, donde se establece algunas variables en temas de seguridad y salud en el trabajo presentado por el contratista, donde realizó actividades de diagnóstico; por lo anterior, las actividades en temas de SST son muy básicas, por no encontrarse en ejecución del contrato.

2. DESCRIPCION DEL PROYECTO

2.1 LOCALIZACION

El proyecto se ejecutará en la ciudad de Bogotá, en las diferentes localidades donde se presentaron requerimientos de la Secretaría, Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia.

Imagen No.1 Localización de las localidades

lustración 1. Ubicación del proyecto. Google maps.



Fuente: https://www.google.com/maps/

3. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

3.1 INFORMACION BASICA DEL CONTRATO DE OBRA

NUMERO PROCESO DE SELECCIÓN	LICITACION PUBLICA NO. SCJ-1804-2023
CONTRATO No.	SCJ-1804-2023
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	
OBJETO	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA
CONTRATISTA	TOTALL INC SAS BIC
VALOR TOTAL INICIAL	$ 869.826.000
PLAZO INCIAL	ONCE (11) MESES
ORDEN DE INICIO	09 DE OCTUBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL DEL CONTRATO	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
DIRECCIÓN	CRA 47ª NO. 93-41

4. SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El presente informe, describe la manera como se lleva a cabo la supervisión y revisión del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo implementado por el contratista CONSORCIO OBRAS W, basándonos en la normatividad vigente, resolución 0312 de 2019 y decreto ley 1072 de 2015.

A continuación, se relacionan las actividades de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a la gestión adelantada por el contratista.

4.1 RECURSOS

CONSORCIO OBRAS W, cuenta con la profesional en salud ocupacional, STEFANY GONZALEZ ORJUELA, quien es la persona encargada en la implementación y ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

4.1.1 RELACION DE PERSONAL SST POR CONTRATISTA

NOMBRE PROFESIONAL	CEDULA	CARGO
Wilver Franciny Russy	80.212.380	Director de obra
Karen Lisseth Salamanca	1.057.588.784	Directora HSEQ
Jeferson Andrés Dejoy	1.013.839.94	Coordinador de obra
Victor Jolman Forero Caldas	88.219.361	Coordinador de obra
Stefany Katerin Gonzalez Orjuela	1.000.005.655	Inspectora SST
Ruben Darío León Cantor	79.604.499	Maestro de obra
Diego Fernando Díaz Riveros	1.007.099.259	Eléctrico
Uberney Sotto Díaz	79.429.176	Ayudante de obra

Norberto Pinzón Suárez	79.911.589	Oficial de obra
Albeiro Cubillos Soto	80.128.603	Ayudante de obra
Ciro Antonio Melo Rincón	80.116.087	Inspector de obra
Rubelsindo Rat Beleño	6.795.851	Oficial de obra
Cesar Enrique Labastidas	PPT 6698371	Oficial de obra
Faver Enrique Sanchez Lerma	1.061.200.293	Ayudante de obra
Nelson González Niño	86.036.022	Oficial de obra
Jorge Alarcón	1.073.158.133	Oficial de obra
Michael Asprilla	1.117.969.118	Ayudante de obra
Miguel Carrillo	80.741.554	Ayudante de obra
Raúl Gutiérrez	79.890.073	Ayudante de obra
Juan Fernando Pedreros Díaz	12.198.058	Inspector de obra
Angel Cajamarca	1.012.442.320	Ayudante de obra
Darling Zambrano	1.012.371.577	Oficial de obra
Deybis Beltrán	1.012.389.542	Ayudante de obra
Luis Núñez	1.002.439.244	Ayudante de obra
Jorge Rincón	80.151.480	Maestro de obra
Carlos Losada	1.012.409.109	Oficial de obra
José Malambo	1.003.903.559	Ayudante de obra
Hermide Ferrer	1.045.174.156	Ayudante de obra
Kevin Peralta	1.104.405.288	Oficial de obra
Walter Rada	72.289.956	Oficial de obra
William Aldana	1.020.764.814	Oficial de obra
Winer Bohórquez	1.005.513.687	Oficial de obra

ANEXO 1. AFILIACIONES DEL PERSONAL CONTRATISTA

4.1.2 RELACION DE PERSONAL SST POR INTERVENTORIA

NOMBRE PROFESIONAL	CARGO
Fernando Jiménez Polo	Director de Interventoría
Maria Piedad Espinoza Virguez	Residente de Interventoría 1
Alexis Redondo Peña	Residente de Interventoría 2
Diego Alexis Forero Beltrán	Inspector 1
Cristian Camilo Baquero Corredor	Inspector 2
Yeison Danilo Durán Barbosa	Inspector 3
Juan Martín Rocha Fandiño	Inspector 4
Katherine Guañarita Díaz	Profesional seguridad industrial
Juan Carlos Morales Rivera	Profesional de presupuestos y programación y control

Jesús Alberto López Velandia	Profesional de redes eléctricas
Omar Archila Mendoza	Profesional redes hidrosanitarias
Herbert Giraldo Gómez	Profesional en estructuras

ANEXO 2. SOPORTE PAGO PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORIA

4.2 AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSORCIO OBRAS W, realiza la supervisión y verificación de la afiliación del personal que cuenta el contratista CONSORCIO OBRAS W, dando cumplimiento a la ley 100 de 1993, resolución 0312 de 2019 y decreto ley 1072 de 2015.

Por lo anterior, el contratista CONSORCIO OBRAS W, cumplió con la afiliación y el pago de la seguridad social, correspondiente al mes de diciembre de 2023.

ANEXO 3. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

4.3 CAPACITACION Y/O CHARLA PREOPERACIONAL SST

Las capacitaciones y/o charla preoperacional permite analizar y controlar los riesgos o situaciones que puedan llevar a un accidente. Además, demuestra el grado de compromiso de la empresa con la seguridad y los trabajadores.

También permite el cumplimiento de procesos, procedimientos y funciones, donde garantizan el ejercicio laboral.

En el mes de noviembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W, realizó inducción a 6 trabajadores y según el programa de capacitaciones, se dictó capacitación comportamientos en obra.

El contratista, realizó charla de los siguientes temas:

- ✓ Higiene postural
- ✓ Conexiones eléctricas
- ✓ Buena manipulación de herramientas
- ✓ El respeto
- ✓ Uso de EPP
- ✓ Separación de residuos
- ✓ Areas a intervenir
- ✓ Inducción SST
- ✓ Orden y aseo
- ✓ Manipulación manual de cargas
- ✓ Herramienta menor
- ✓ Levantamiento de objetos
- ✓ Uso adecuado herramientas y equipos

- ✓ Autocuidado
- ✓ Orden y aseo
- ✓ Saber escuchar
- ✓ Posturas prolongadas
- ✓ Enfermedades osteomusculares
- ✓ Caídas a distinto nivel
- ✓ Biomecánico, posturas prolongadas

ANEXO 4. SOPORTE REGISTRO DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES CONTRATISTA

4.4 INSPECCIONES PREOPERACIONALES

El principal objetivo de las inspecciones de seguridad es el detectar las situaciones de riesgos antes de que se produzcan. Al realizar la inspección se puede cumplir con los siguientes objetivos: identificar problemas no previstos durante el análisis de trabajo, establecer las deficiencias de los equipos de trabajo, identificar todas las acciones inapropiadas que realizan los empleados, identificar todos los efectos indeseados de cambios, establecer soluciones a los problemas, demostrar el compromiso.

En los meses de noviembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W, realizó INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES, INSPECCION ESCALERA TIPO TIJERA, INSPECCION ANDAMIO

ANEXO 5. INSPECCIONES PREOPERACIONALES

4.5 INCIDENTES Y ACCIDENTE DE TRABAJO EN OBRA

En el periodo transcurrido en el presente informe, no se presentó reporte de accidente laboral ni incidente por parte de la empresa contratista. Se recomienda al contratista, continuar con las actividades de prevención para conservar el indicador de 0 accidentalidad que llevan actualmente.

ANEXO 6. SOPORTE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

5. ENTREGA DE EPP

En el mes de diciembre, el contratista entregó a la presente interventoría, los elementos de protección personal a todo su personal.

ANEXO 7. SOPORTE ENTREGA DE EPP

6. EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

En el mes de diciembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, soporte de los exámenes médico ocupacionales de ingreso.

ANEXO 8. SOPORTE EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

7. COPASST

En el mes de noviembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, la reunión de COPASST realizada el día 21 de diciembre.

ANEXO 9. SOPORTE REUNION COPASST

8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

En el mes de diciembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, soporte de reunión de CCL realizada el día 06 de diciembre.

ANEXO 10. SOPORTE REUNION COCOLAB

10. BRIGADISTAS DE EMERGENCIA

En el mes de noviembre el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, el soporte de la conformación de los brigadistas, dando claridad sobre las responsabilidades de cada uno de los seleccionados.

11. ANALISIS DE TRABAJO SEGURO “ATS”

Los ATS, identifica y elimina las posibles pérdidas, asegurándose que se cuente con procedimientos para diseñar, construir, mantener y operar instalaciones y equipos de manera segura. Por lo anterior, CONSORCIO OBRAS W, entregó a la presente interventoría, los ATS diligenciados durante el tiempo de ejecución del presente informe.

ANEXO 12. SOPORTE ATS

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El contratista CONSORCIO OBRAS W, cumplió con los parámetros mínimos establecidos en temas de seguridad y salud en el trabajo.

- Se le recomienda al contratista, seguir los lineamientos que nuestro personal de interventoría realiza cuando ejecutan actividades de alto riesgo, y evitar tener malos entendidos entre personal de ustedes e interventoría.

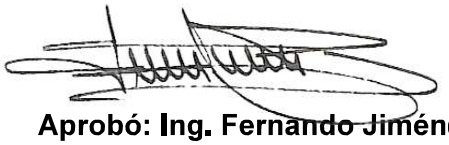
- A la fecha no se han presentado incidentes de trabajo relacionados con las actividades de alto riesgo desarrollados actualmente en obra, lo cual es muestra de la efectividad de las medidas implementadas.

- Se le recomienda al contratista, dar cumplimiento con el plan de trabajo presentado a la presente interventoría, y entregar los soportes respectivos.

- Se le recomienda, continuar con el cumplimiento del plan de capacitaciones que tienen dispuesto según el programa de seguridad y salud en el trabajo implementado en su empresa, con el fin de capacitar al personal



Elaboró: Ing. Katherine Guañarita Díaz
Profesional en seguridad Industrial



Aprobó: Ing. Fernando Jiménez Polo
Director de Interventoría

ANEXO 1. AFILIACIONES DE PERSONAL DEL CONTRATISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.442.320

CAJAMARCA ZAMORA

APELLIDOS

ANGEL FELIPE

NOMBRES

Angel Cajamarca

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-ABR-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00702598-M-1012442320-20150506 **0044**080761A 1 42146385

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 22 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 0001-BOGOTA			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C1012442320	CAJAMARCA ZAMORA ANGEL FELIPE	23/08/2023		127221p1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/08/2023 14:31:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010870083	2|8|0|8|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CAJAMARCA Primer apellido	ZAMORA Segundo apellido	ANGEL Primer nombre	FELIPE Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1012442320	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|1|0|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CR 12 D 54 85 **Dirección**	**Telefono fijo**	3228547417 **Telefono celular**	ANGELCAJAMARCA96@HOTMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO COMUNAL	NIT	901726258	01

39.Ubicación

CL 8F 79 94 Dirección	4111513 Teleéfono	HSEQ@WRUSSYINGENEIROS.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010870083

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|3|0|8|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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:

ANGEL FELIPE CAJAMARCA ZAMORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.442.320**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Agosto 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.409.109

LOSADA CORTES

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1994**

ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

02-ABR-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00376955-M-1012409109-20120519 **00299**88020A 1 38219765

Medellín, 06 de december de 2023

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

CERTIFICA:

Que CARLOS EDUARDO LOSADA CORTES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012409109 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 11/12/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO W&W N901773518

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - 0000000001-BOGOTA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5421001

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

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 06/12/2023 5.24 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Losada	Segundo apellido: Cortes	Primer nombre: Carlos	Segundo nombre: Eduardo

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1012409109	Femenino [ ] Masculino [X]	01 01 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura	Porvenir	1160000

18. Residencia				
Dirección: Calle 138 # 35 - 111	Teléfono Fijo	3229517917	carlosbsada@hotmail.com	
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Bogotá	Departamento: Bogotá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Carlos Eduardo Losada	CC	1012409109	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Independiente				

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 07 12 2023
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Carlos Losada

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

IMPRESOS S.A. NIT 860.513.402-8 VIGILADO Supersalud

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO LOSADA CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.409.109**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.371.577

ZAMBRANO SAENZ

APELLIDOS

DARLING

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-DIC-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00516454-M-1012371577-20131125 **0035**07343A 1 2192639660

Powered by CamScanner

Medellín, 12 de September de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 0001-BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012371577	ZAMBRANO SAENZ DARLING	13/09/2023		47s08144	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/09/2023 15:39:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo 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				
Primer Apellido: Zambrano	Segundo Apellido: Suenz	Primer Nombre: Darling.	Segundo Nombre:	
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1012371577	9. Sexo Femenino ☐ Masculino X	10. Fecha de nacimiento: 0 6 1 2 1 9 9 0	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐			Sura	Porvenir

17. Ingreso Base de Cotización - IBC	18. Residencia			
1760000	Cra 88 #50-16			3222023727
zambranodarling162@gmail.com	Bogotá	Zona Urbana X Rural ☐	Bogotá	Bogotá

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	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 F N M T P / Condición P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

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

39. Ubicación					
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad: 1 3 0 9 2 0 2 3	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Darling Zambrano.

IX. ANEXOS

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

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

USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

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.

Cadena s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

10 FT no se ha 100

Powered by CamScanner

Famisanar
NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

Darling Zambrano

Nombres y Apellidos: Darling Zambrano Saenz

Identificación: 1012371597

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

Powered by CamScanner

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:

DARLING ZAMBRANO SAENZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.371.577**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.389.542**

BELTRAN ALEMAN

APELLIDOS

DEIBYS

NOMBRES

Deibys Beltran Aleman

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1988**

NECHI
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-JUL-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00253077-M-1012389542-20100830 0023668259A 1 35103102

Medellín, 26 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 0001-BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012389542	BELTRAN ALEMAN DEIBYS	27/07/2023		33171913	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/07/2023 15:44:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.47.22, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009670022	3|0|0|1|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
BELTRAN Primer apellido	ALEMAN Segundo apellido	DEIBYS Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1012389542	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|1|0|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CR 31 15 66 **Dirección**	**Telefono fijo**	3228547417 **Telefono celular**	DEYBIS.BELTRAN_88@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO CONSTRUIR	NIT	901471568	01

39.Ubicación

CL 8 F 79 94 Dirección	4111513 Teleéfono	LICITACIONES@WRUSSYINGENIEROS.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009670022

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|0|1\2|0|2|3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		
☐	☐	☐	☐	☐		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐		

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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:

DEIBYS BELTRAN ALEMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.389.542**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Julio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 03 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1045174156	FERRER FONTALVO HERMIDE ALFREDO	04/12/2023		s1281961	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2023 22:13:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.54.119, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
A1602

REINGRESOS

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
FERRER	FONTALVO	HERMIDES	ALFREDO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO
R.C. T.I. C.C. [X] C.E. S.C. C.D. PE. P.T.	1045174156	F M [X]

10 FECHA NACIMIENTO	11 NACIONALIDAD
05 09 1973	COLOMBIANO

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
BOGOTA	CUNDINAMARCA	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3102508016.			

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUCCIONES RDL	NI [X] T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. PE. P.T.	901095872.		

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL (DÍA MES AÑO)	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
		04 12 2023			1160.000

Sello: nueva eps — RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS — NOMBRE — NÚMERO — 04-12-2023 OLGA PALACIOS A1602

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERRER FONTALVO HERMIDE ALFREDO** identificado(a) con **CC** número **1.045.174.156** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de noviembre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023120322152

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.003.903.559**

MALAMBO ASCENCIO

APELLIDOS

JOSE ROBINSON

NOMBRES

J Robinson Malambo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1989**

ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-JUL-2008 RIVERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1906400-00179936-M-1003903559-20090920 **0016**39201A 2 28336849

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 06 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 0001-BOGOTA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1003903559	MALAMBO ASCENCIO JOSE ROBINSON	07/12/2023		148223x¹	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/12/2023 17:34:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011407764	1|5|1|2|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ — B. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MALAMBO Primer apellido	ASCENCIO Segundo apellido	JOSE Primer nombre	ROBINSON Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1003903559	Femenino ☐ Masculino ☒	2|8|0|2|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 40 50 A 66		3212788826	JOSEMALAMBO89@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO OBRASW	NIT	901759083	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 8 F 79 94	4111513	CONTACTO@WRUSSYINGENIEROS.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4011407764

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|7|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ROBINSON MALAMBO ASCENCIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.903.559**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.198.058
PEDREROS DIAZ

APELLIDOS
JUAN FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1978
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-ENE-1997 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1903400-00167410-M-0012198058-20090807 0014627991A 1 7110103594

Medellín, 11 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 0001-BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C12198058	PEDREROS DIAZ JUAN FERNANDO	12/12/2023		20516224	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2023 20:37:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011407798	1|5|1|2|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEDREROS Primer apellido	DIAZ Segundo apellido	JUAN Primer nombre	FERNANDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	12198058	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|0|9|1|9|7|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL 59 SUR 65 73 TO 1 AP 502... **Dirección**	**Telefono fijo**	3228547417 **Telefono celular**	JUANPEDREROS78@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS ENSUENO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO OBRASW	NIT	901759083	01

39.Ubicación

CL 8 F 79 94 Dirección	4111513 Teleéfono	CONTACTO@WRUSSYINGENIEROS.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011407798

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|2|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO PEDREROS DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.198.058**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Medellín, 03 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1104405288	PERALTA CRUZ KEVIN DAVID	04/12/2023		63187325	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2023 23:05:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.33.250, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • •
9010624262

No. de Radicación: 27121946
Fecha de Radicación: 04 12 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PERALTA	CRUZ	KEVIN	DAVID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1104405288	Femenino [ ] Masculino [X]	D 18 D M 12 M A 2003 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento	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 F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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)
CONSTRUCCIONES RD SAS	NT	901095872	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 116 77 A81 IN 2 AP 201	3123392626		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 04 D M 12 M A 2023 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	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

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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:

KEVIN DAVID PERALTA CRUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.104.405.288**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.439.244

NUÑEZ GARCIA

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES



Luis Alberto

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1998**

CICUCO
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

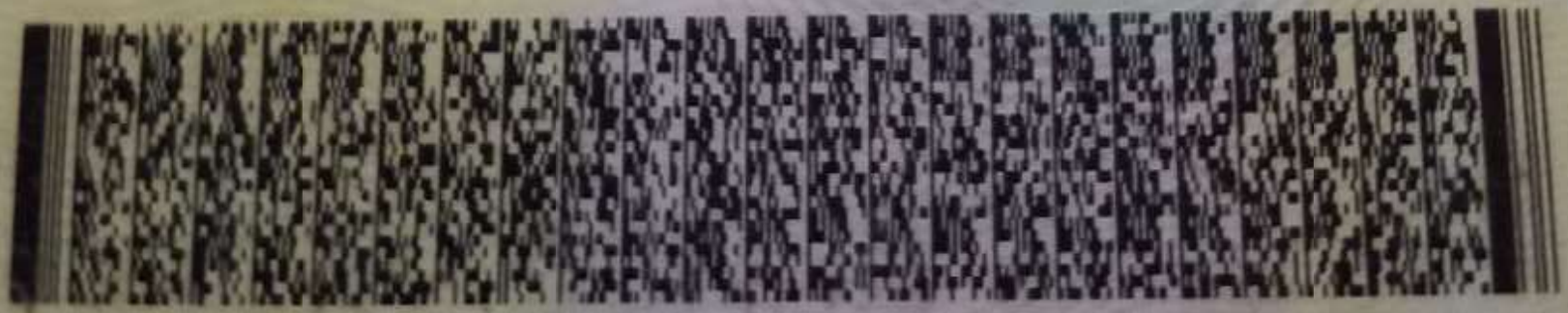
O+ G.S. RH

M SEXO

05-SEP-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-00940844-M-1002439244-20170928 0057500673A 1 48145150

Medellín, 25 de October de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 0001-BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002439244	NUÑEZ GARCIA LUIS ALBERTO	26/10/2023		nq193919	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/10/2023 17:56:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Nuñez	Segundo apellido: Garcia	Primer nombre: Luis	Segundo nombre: Alberto

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1002439244	Femenino [ ] Masculino [X]	28 12 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura	Porvenir	1760000

18. Residencia	Teléfono Fijo		
Calle 129 #150-90	3228547417	luisnunez98@gmail.com	
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Bogotá	Departamento: Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Comunal	NIT	901726258	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 8f #79-41	4111513	hseq@urbyingenieros.com	Bogotá	Bogotá

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

FORTECO S.A. NIT 860.513.181-8 TEL: (1)624 1919

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que encontrará anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		26102023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Luis Muñez	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐		

OBSERVACIONES:

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

ORIGINAL EPS

COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

IMPRESOS S.A. NIT. 860.131.182-8 TEL: (1)2455 95

Powered by CamScanner

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:

LUIS ALBERTO NUÑEZ GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.439.244**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Octubre 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.

Medellín, 03 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C72289956	RADA HURTADO WALTER JOSE	04/12/2023		gZlg2472	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2023 22:50:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.33.250, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

01 B 14255519

No. de Radicación SAT	CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
	A1602

AFILIACIÓN

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

CONTRIBUTIVO [X] SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: RADA | SEGUNDO APELLIDO: HUNTADO | PRIMER NOMBRE: WALTER | SEGUNDO NOMBRE: JOSE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN MS RC TI [X] CC CE SC CD PE AS PT | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72289956 | 9. SEXO: F [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 06 02 1976 | 11. NACIONALIDAD: COLOMBIANO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
BOGOTA	CUNDINAMARCA	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3247248363			

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

	28. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	29. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. NÚMERO DE IDENTIDAD	31. NACIONALIDAD	COMUNIDAD	32. SEXO	33. FECHA DE NACIMIENTO	34. PARENTESCO	35. ETNIA	36. DISCAPACIDAD SI	36. DISCAPACIDAD NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					

	37. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	38. VALOR UPC	39. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO U.G.F	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R							I. II.		
2			U R							I. II.		
3			U R							I. II.		
4			U R							I. II.		
5			U R							I. II.		

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

40. Nombre o Razón Social	41. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	42. Número documento de identidad	DV	43. Tipo de aportante o Pagador de pensiones
CONSTRUCCIONES RDL	NI [X] TI CC CE SC PA CD PE PT	901095872		

44. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
		04 12 2023			1160000

NO DILIGENCIAR ESTE ESPACIO (USO EXCLUSIVO DE LA EPS)
nueva eps
"SOMOS PARA ESTUDIO EN LA EPS"
04-12-2023
060-PAGADO
A1602

IX. FIRMAS

62. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	63. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

VIGILADO Supersalud

AFILIACIONES SAT

Powered by CamScanner

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:

WALTER JOSE RADA HURTADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.289.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.020.764.814

ALDANA SEGURA

APELLIDOS

WILLIAM JAVIER

NOMBRES

William Javier

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1991**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-SEP-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00186632-M-1020764814-20090924 **0016**87253A 1 29192508

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 03 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1020764814	ALDANA SEGURA WILLIAM JAVIER	04/12/2023		145198d2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2023 22:02:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.54.119, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 14800849

Fecha de radicación: 06/12/2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Afiliado [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo Cotizante (Ver tabla de Códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 1 Dependiente

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc.
ALDANA	SEGURA	WILLIAM	JAVIER	C C

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Estado Civil	EPS Anterior
1020764814	Femenino [ ] Masculino [X]	02/09/1991	Soltero (a)	SANITAS SUBSIDIADO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización-IBC
	SIN INFORMACION	1,160,000

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CR 60 # 90 25		3003216597	ERIKAMILOA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]		DISTRITO CAPITAL	2750

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizant

19. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]	DD/MM/AAAA	

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código de la IPS	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

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

	24. Apellidos y Nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B 1				
B 2				
B 3				
B 4				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B 1				DD/MM/AAAA	
B 2				DD/MM/AAAA	
B 3				DD/MM/AAAA	
B 4				DD/MM/AAAA	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etinia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B 1			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B 2			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B 3			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B 4			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	

32. Datos de residencia	Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Télefono fijo	Celular
B 1		U R				
B 2		U R				
B 3		U R				
B 4		U R				

34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por le EPS)
B 1		
B 2		
B 3		
B 4		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	N I	901095872	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
G 48 J SUR 1-96 INTE 18 CASA 49		ERIKA.CAMI.16@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL

versión 3 (enero 2023)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

No. U 14800849

Fecha de radicación: 06/12/2023

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 correción 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 pérdida de las condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando .
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas .
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SANITAS SUBSIDIADO	Código 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intenación 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 o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A., filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que se puede consultar en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en la tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor
		199905

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [1] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad: Total 1
- [ ] 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 públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que edclare 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 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.

ÁREA EXCLUSIVA PARA SELLO O ESTICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLIAM JAVIER ALDANA SEGURA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.764.814**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 03 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005513687	BOHORQUEZ ARRIETA WINER ENRIQUE	04/12/2023		16263152	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2023 22:25:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.54.119, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011352109	0|4|1|2|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
BOHORQUEZ Primer apellido	ARRIETA Segundo apellido	WINER Primer nombre	ENRIQUE Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1005513687	Femenino ☐ Masculino ☒	0|8|1|2|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 136 A 146 35 CA 74.		3214356789	WINER45@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	NIT	901095872	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
DG 48 J SUR 130 IN 18 CA 43	6890876	RDL78@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4011352109

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|4|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Winer Bohorquez	Emilkuth

IX. ANEXOS

- **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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:

WINER ENRIQUE BOHORQUEZ ARRIETA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.513.687**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre 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.

ANEXO 2. SOPORTE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORIA

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-01-07, 09:37:14 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2024
Empresa	OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 7227618
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1060082997
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	383387147
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 865.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Número REG02	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	1	$ 300.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	1	$ 167.100	$ 0
N860013570	CCF21	CAFAM	1	1	$ 14.400	$ 0

SubTotales:	$ 865.500	$ 0
Total a Pagar:		$ 865.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	10260102	JESUS ALBERTO LOPEZ VELANDIA	CARRERA 53 No. 45 A - 04	5206137	JESULOPV@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	15/01/2024	73385423	$1.026.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	437.500	0		0		0	12	4.800	0	442.300	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	560.000	0	0	0	0	12	6.100	0	566.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	12	200	18.500			183	18.500	1

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	437.500	442.300
Pensión	1	560.000	566.100
Riesgos Laborales	1	18.300	18.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.015.800	1.026.900

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
CC	10260102	JESUS ALBERTO LOPEZ VELANDIA		CARRERA 53 No. 45 A - 04	5206137	JESULOPV@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	15/01/2024	73385423	$1.026.900	

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	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	10260102	LOPEZ VELANDIA JESUS ALBERTO	59	0			N																	25-14	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS008	3.500.000	437.500	14-23	3.500.000	1	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICADO EPS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Que la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, mediante Resolución **No. 163717** de **2022**, concedió pensión **VEJEZ** a **HERBERT GIRALDO GOMEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No. 16634256** .

El valor de la pensión (VAP) para la nómina de Febrero de 2024 es de **$7,629,560.** Los descuentos por concepto de aportes a salud comprendidos entre **2023-12** y **2023-12** fueron:

NOMBRE EPS	Periodo Pago	Periodo Cotizado	Valor Descuento	Concepto de	ESTADO
UNISALUD	202312	202312	837,800	SALUD	Act

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá el día 16 de enero de 2024.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901519839	1	INFINIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3245831852	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	400188473	9461661171	E	2024/01/11	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	5	$3,142,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (10 Afiliados)																							$12,053,335	$1,988,600			$13,213,335	$528,800			$13,213,339	$528,800			$13,213,335		$81,700		$0	$0		$3,127,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (5 Afiliados)																							$11,860,000	$1,957,600			$13,020,000	$520,800			$13,020,000	$520,800			$13,020,000		$68,200		$0	$0		$3,067,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$11,860,000	$1,957,600			$13,020,000	$520,800			$13,020,000	$520,800			$13,020,000		$68,200		$0	$0		$3,067,400
1	CC	1004350225	DURAN BARBOSA YEISON DANILO									X									23020 1	30	$2,700,000	$432,000	EPS002	30	$2,700,000	$108,000	CCF24	30	$2,700,000	$108,000	14-11	30	$2,700,000	0.522%	$14,100	30	$0	$0	Si	$662,100
2	CC	52338896	FAGUA VIASUS MILLDRED																		25-14	30	$6,000,000	$1,020,000	EPS008	30	$6,000,000	$240,000	CCF24	30	$6,000,000	$240,000	14-11	30	$6,000,000	0.522%	$31,400	30	$0	$0	Si	$1,531,400
3	CC	1097032993	GRANADOS RIOS LAUREANO																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	Si	$490,500
4	CC	79298356	SALINAS BELTRAN OSCAR																			0	$0	$0	MIN001	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	Si	$98,900
5	CC	28870601	TAPIERO BRIÑEZ YALILE																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	Si	$284,500
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (5 Afiliados)																							$193,335	$31,000			$193,335	$8,000			$193,339	$8,000			$193,335		$13,500		$0	$0		$60,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$193,335	$31,000			$193,335	$8,000			$193,339	$8,000			$193,335		$13,500		$0	$0		$60,500
6	CC	1070821027	CORREA IZQUIERDO MANUEL VICENTE		X															X	23020 1	1	$38,667	$6,200	EPSIC3	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
7	CC	1123314923	GERMAN PATIÑO JULY VANESSA		X															X	23030 1	1	$38,667	$6,200	ESSC18	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,668	$1,600	14-11	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
8	CC	1006846598	GONZALEZ GASCA JESUS ALEXIS		X															X	23030 1	1	$38,667	$6,200	ESSC18	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,668	$1,600	14-11	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
9	CC	5250677	PABON DIAZ ALCIDES MILCIADES		X															X	23030 1	1	$38,667	$6,200	ESSC18	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,668	$1,600	14-11	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
10	CC	1121712338	SUAREZ GASCA EVER HERNAN		X															X	23030 1	1	$38,667	$6,200	ESSC18	1	$38,667	$1,600	CCF24	1	$38,668	$1,600	14-11	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$12,100
Total			**Afiliados(10)**																				$12,053,335	$1,988,600			$13,213,335	$528,800			$13,213,339	$528,800			$13,213,335		$81,700		$0	$0		$3,127,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901519839	1	INFINIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3245831852	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	400188473	9461661171	E	2024/01/11	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	5	$3,142,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$1,988,600	$9,200	$0	$1,997,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$1,205,600	$5,600	$0	$1,211,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$344,800	$1,600	$0	$346,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$438,200	$2,000	$0	$440,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$81,700	$400	$0	$82,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$81,700	$400	$0	$82,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$528,800	$2,400	$0	$531,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$528,800	$2,400	$0	$531,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				10	$528,800	$2,800	$0	$531,600
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	1	$1,600	$100	$0	$1,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$320,000	$1,500	$0	$321,500
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	4	$6,400	$100	$0	$6,500
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$46,400	$300	$0	$46,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$108,000	$500	$0	$108,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$300	$0	$46,700
TOTAL				**10**	**$3,127,900**	**$14,800**	**$0**	**$3,142,700**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901085973	4	GES INVERSIONES S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GES INVERSIONES S A S	CRA 47 A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7520774	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	400172275	9461661266	E	2024/01/18	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$23,809,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: GES INVERSIONES S A S (31 Afiliados)																							$76,796,001	$12,494,600			$76,796,001	$3,072,000			$77,216,001	$3,088,800			$76,796,001		$4,515,500		$0	$0		$23,170,900
Centro de Trabajo: RIESGO 0.522 (5 Afiliados)																							$12,900,000	$2,118,000			$12,900,000	$516,000			$12,900,000	$516,000			$12,900,000		$67,600		$0	$0		$3,217,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$12,900,000	$2,118,000			$12,900,000	$516,000			$12,900,000	$516,000			$12,900,000		$67,600		$0	$0		$3,217,600
1	CC	1015459022	ADAMES BERMUDEZ ERIKA DANIELA																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-25	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
2	CC	52249572	CHAVEZ PLATA LUISA FERNANDA																		231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	0.522%	$13,100	30	$0	$0	Si	$613,100
3	CC	1075675450	PADILLA CASTIBLANCO CAMILO ALEXANDER																		230201	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-25	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
4	CC	65555596	PRADA LOZANO MIRYAR MILENA																		25-14	30	$5,400,000	$918,000	EPS005	30	$5,400,000	$216,000	CCF22	30	$5,400,000	$216,000	14-25	30	$5,400,000	0.522%	$28,200	30	$0	$0	Si	$1,378,200
5	CC	1000150988	SALAZAR NOGUERA VALENTINA																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-25	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	Si	$490,500

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: RIESTO 5 TARIFA 6.960 (26 Afiliados)																							$63,896,001	$10,376,600			$63,896,001	$2,556,000			$64,316,001	$2,572,800			$63,896,001		$4,447,900		$0	$0		$19,953,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (26 Afiliados)																							$63,896,001	$10,376,600			$63,896,001	$2,556,000			$64,316,001	$2,572,800			$63,896,001		$4,447,900		$0	$0		$19,953,300
6	CC	97435873	AREVALO ANDRADE RICHARD RENE		X															X	230301	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF22	1	$88,667	$3,600	14-25	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$14,100
7	CC	1015423618	BAQUERO CORREDOR CRISTIAN CAMILO									X									230301	30	$2,700,000	$432,000	EPS008	30	$2,700,000	$108,000	CCF22	30	$2,700,000	$108,000	14-25	30	$2,700,000	6.960%	$188,000	30	$0	$0	Si	$836,000
8	CC	27602678	BECERRA BARRIOS CARLA MARIA																		230201	30	$2,800,000	$448,000	EPS010	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-25	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
9	CC	1069898787	BELTRAN HERNANDEZ MIYER FABIO																		231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-25	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
10	CC	1123209488	CASTILLO JONNY ALEXIS		X															X	230301	1	$38,667	$6,200	EPS041	1	$38,667	$1,600	CCF22	1	$88,667	$3,600	14-25	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$14,100
11	CC	1014218889	CASTILLO RAMIREZ LAURA CATALINA																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-25	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
12	CC	1033778496	CORREA BELLIDO LUDWIG																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
13	CC	77013726	DIAZ MARTINEZ EOBALDO JOSE																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF22	30	$4,000,000	$160,000	14-25	30	$4,000,000	6.960%	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
14	CC	1121507220	DIAZ PUJIMUY FABIO DE JESUS		X															X	230301	1	$38,667	$6,200	EPSIC5	1	$38,667	$1,600	CCF22	1	$88,667	$3,600	14-25	1	$38,667	6.960%	$2,700	1	$0	$0	Si	$14,100
15	CC	1090403332	DUARTE DIAZ EDISON RICARDO																		230301	30	$4,580,000	$732,800	EPS005	30	$4,580,000	$183,200	CCF22	30	$4,580,000	$183,200	14-25	30	$4,580,000	6.960%	$318,800	30	$0	$0	Si	$1,418,000
16	CC	52227017	ESPINOSA VIRGUEZ MARIA PIEDAD									X									25-14	30	$5,150,000	$875,600	EPS005	30	$5,150,000	$206,000	CCF22	30	$5,150,000	$206,000	14-25	30	$5,150,000	6.960%	$358,500	30	$0	$0	Si	$1,646,100
17	CC	1098615865	GAMARRA LEON RONALD		X															X	230201	27	$1,620,000	$259,200	EPS037	27	$1,620,000	$64,800	CCF22	27	$1,747,500	$69,900	14-25	27	$1,620,000	6.960%	$112,800	27	$0	$0	Si	$506,700
18	CC	1090404791	GOMEZ VELANDIA ELKIN LEONARDO																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF22	30	$3,000,000	$120,000	14-25	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
19	CC	1075236242	GUAÑARITA DIAZ KATHERINE																		230201	30	$2,600,000	$416,000	EPS005	30	$2,600,000	$104,000	CCF22	30	$2,600,000	$104,000	14-25	30	$2,600,000	6.960%	$181,000	30	$0	$0	Si	$805,000
20	CC	79658715	GUZMAN ORJUELA WILSON ANTONIO																		230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS037	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-25	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
21	CC	17345352	LOPEZ FORERO EFRAIN RICARDO																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
22	CC	1103948825	MACARENO MERCADO MAURICIO MIGUEL																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-25	30	$1,600,000	6.960%	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
23	CC	1192746178	MARULANDA FONSECA ANA VICTORIA																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-25	30	$1,600,000	6.960%	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
24	CC	1075252894	MONROY PASCUAS BRAYAN FELIPE	X																	230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF22	30	$1,800,000	$72,000	14-25	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
25	CC	79955903	MORALES RIVERA JUAN CARLOS									X									25-14	30	$2,800,000	$448,000	EPS017	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-25	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
26	CC	1120574429	OSPINA LOPEZ MARILYN																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-25	30	$1,600,000	6.960%	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
27	CC	3759678	REDONDO PEÑA ALEXIS									X									230201	30	$5,150,000	$875,600	EPS008	30	$5,150,000	$206,000	CCF22	30	$5,150,000	$206,000	14-25	30	$5,150,000	6.960%	$358,500	30	$0	$0	Si	$1,646,100
28	CC	79305476	RODRIGUEZ SASTRE JAIME ALBERTO									X									25-14	30	$2,700,000	$432,000	EPS017	30	$2,700,000	$108,000	CCF22	30	$2,700,000	$108,000	14-25	30	$2,700,000	6.960%	$188,000	30	$0	$0	Si	$836,000
29	CC	79553539	SALAZAR BERNAL EDGAR ALFREDO																		25-14	30	$5,000,000	$850,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-25	30	$5,000,000	6.960%	$348,000	30	$0	$0	Si	$1,598,000
30	CC	1019083667	SILVA LOPEZ BRAYAN ALEXIS																		230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS037	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
31	CC	1130607369	SOLARTE ROSERO DUBER STIVEN		X															X	230301	27	$1,620,000	$259,200	EPS010	27	$1,620,000	$64,800	CCF22	27	$1,762,500	$70,500	14-25	27	$1,620,000	6.960%	$112,800	27	$0	$0	Si	$507,300
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO				**NOVEDADES**																	**PENSION**				**SALUD**				**CCF**				**RIESGOS**					**PARAFISCALES**				
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: MEDELLIN (1 Afiliados)																							$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$80,000			$2,491,667	$99,700			$2,000,000		$139,200		$0	$0		$638,900
Centro de Trabajo: MEDELLIN (1 Afiliados)																							$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$80,000			$2,491,667	$99,700			$2,000,000		$139,200		$0	$0		$638,900
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)																							$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$80,000			$2,491,667	$99,700			$2,000,000		$139,200		$0	$0		$638,900
32	CC	1036661880	RIOS SALAZAR SANTIAGO		X															X	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF04	30	$2,491,667	$99,700	14-25	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$638,900
Total		**Afiliados(32)**																					$78,796,001	$12,814,600			$78,796,001	$3,152,000			$79,707,668	$3,188,500			$78,796,001		$4,654,700		$0	$0		$23,809,800

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901085973	4	GES INVERSIONES S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GES INVERSIONES S A S	CRA 47 A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7520774	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	400172275	9461661266	E	2024/01/18	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$23,809,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				32	$12,814,600	$0	$0	$12,814,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$585,600	$0	$0	$585,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$3,843,600	$0	$0	$3,843,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	17	$5,538,600	$0	$0	$5,538,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$2,846,800	$0	$0	$2,846,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$4,654,700	$0	$0	$4,654,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	32	$4,654,700	$0	$0	$4,654,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				32	$3,188,500	$0	$0	$3,188,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	31	$3,088,800	$0	$0	$3,088,800
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	1	$99,700	$0	$0	$99,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				32	$3,152,000	$0	$0	$3,152,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$314,000	$0	$0	$314,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$256,800	$0	$0	$256,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$360,000	$0	$0	$360,000
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	1	$1,600	$0	$0	$1,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$452,800	$0	$0	$452,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$1,600	$0	$0	$1,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$60,000	$0	$0	$60,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	13	$1,705,200	$0	$0	$1,705,200
TOTAL				**32**	**$23,809,800**	**$0**	**$0**	**$23,809,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901384670	0	TOTALL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4571121	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	400210962	9461661053	Y	2024/01/18	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$816,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (7 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$11,725,000		$816,400		$0	$0		$816,400
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,445,000		$448,700		$0	$0		$448,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,445,000		$448,700		$0	$0		$448,700
1	CC	52729457	BRICEÑO RODRIGUEZ DALIA MINERVA																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	0	$0	$0	No	$80,800
2	CC	1019048296	CAMARGO OSORNO YINETH LISETH																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	0	$0	$0	No	$80,800
3	CC	79542174	JIMENEZ POLO FERNANDO									X										0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$4,125,000	6.960%	$287,100	0	$0	$0	No	$287,100
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (4 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$5,280,000		$367,700		$0	$0		$367,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$5,280,000		$367,700		$0	$0		$367,700
4	CC	79648085	BELTRAN ORJUELA EDGAR LEANDRO																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	0	$0	$0	No	$125,300
5	CC	98763657	FLOREZ VALENCIA LUIS EDUARDO		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	0	$0	$0	No	$80,800
6	CC	1077448672	PEREZ LUIS MAY THELIS YINETH		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	0	$0	$0	No	$80,800
7	CC	1061750795	VIVAS COLLAZOS LIZETH NATALIA		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	0	$0	$0	No	$80,800
Total			**Afiliados(7)**																				$0	$0			$0	$0			$0	$0			$11,725,000		$816,400		$0	$0		$816,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901384670	0	TOTALL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4571121	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	400210962	9461661053	Y	2024/01/18	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$816,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$816,400	$0	$0	$816,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	7	$816,400	$0	$0	$816,400
TOTAL				**7**	**$816,400**	**$0**	**$0**	**$816,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901384670	0	TOTALL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4571121	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	400201939	9461668801	E	2024/01/18	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,159,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (3 Afiliados)																						$4,200,000	$672,000			$5,360,000	$214,400			$5,360,000	$214,400			$5,360,000		$202,000		$0	$0		$1,302,800
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (2 Afiliados)																						$1,500,000	$240,000			$2,660,000	$106,400			$2,660,000	$106,400			$2,660,000		$14,000		$0	$0		$466,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$1,500,000	$240,000			$2,660,000	$106,400			$2,660,000	$106,400			$2,660,000		$14,000		$0	$0		$466,800
1	CC	1067842507	GUZMAN MONTALVO DAVIER ALFONSO																		0	$0	$0	MIN002	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	Si	$98,900
2	CC	1032395155	PLAZAS RAMIREZ JENNY MILENA																	23100 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-4	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (1 Afiliados)																						$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$108,000			$2,700,000	$108,000			$2,700,000		$188,000		$0	$0		$836,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$108,000			$2,700,000	$108,000			$2,700,000		$188,000		$0	$0		$836,000
3	CC	80176970	FORERO BELTRAN DIEGO ALEXIS										X							25-14	30	$2,700,000	$432,000	EPS037	30	$2,700,000	$108,000	CCF22	30	$2,700,000	$108,000	14-4	30	$2,700,000	6.960%	$188,000	30	$0	$0	Si	$836,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PEREIRA (2 Afiliados)																						$3,620,000	$579,200			$3,620,000	$144,800			$3,817,500	$152,700			$3,620,000		$252,000		$0	$0		$1,128,700
Centro de Trabajo: PEREIRA (2 Afiliados)																						$3,620,000	$579,200			$3,620,000	$144,800			$3,817,500	$152,700			$3,620,000		$252,000		$0	$0		$1,128,700
Ciudad: PEREIRA Depto: RISARALDA (2 Afiliados)																						$3,620,000	$579,200			$3,620,000	$144,800			$3,817,500	$152,700			$3,620,000		$252,000		$0	$0		$1,128,700
4	CC	1075258188	CARDOZO FALLA OMAR IGNACIO		X														X	23030 1	27	$1,620,000	$259,200	EPS005	27	$1,620,000	$64,800	CCF44	27	$1,817,500	$72,700	14-4	27	$1,620,000	6.960%	$112,800	27	$0	$0	Si	$509,500
5	CC	1053835028	DUQUE GOMEZ JUANITA																	23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS018	30	$2,000,000	$80,000	CCF44	30	$2,000,000	$80,000	14-4	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CALI (1 Afiliados)																						$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$94,000			$2,350,000	$94,000			$2,350,000		$163,600		$0	$0		$727,600
Centro de Trabajo: PEREIRA (1 Afiliados)																						$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$94,000			$2,350,000	$94,000			$2,350,000		$163,600		$0	$0		$727,600
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$94,000			$2,350,000	$94,000			$2,350,000		$163,600		$0	$0		$727,600
6	CC	78747710	MONTERROZA CASSAS DIDIER ANTONIO																	23100 1	30	$2,350,000	$376,000	EPS002	30	$2,350,000	$94,000	CCF56	30	$2,350,000	$94,000	14-4	30	$2,350,000	6.960%	$163,600	30	$0	$0	Si	$727,600
Total		**Afiliados(6)**																				$10,170,000	$1,627,200			$11,330,000	$453,200			$11,527,500	$461,100			$11,330,000		$617,600		$0	$0		$3,159,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901384670	0	TOTALL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4571121	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	400201939	9461668801	E	2024/01/18	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,159,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,627,200	$0	$0	$1,627,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$616,000	$0	$0	$616,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$432,000	$0	$0	$432,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$579,200	$0	$0	$579,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$617,600	$0	$0	$617,600
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	6	$617,600	$0	$0	$617,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$461,100	$0	$0	$461,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$214,400	$0	$0	$214,400
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	2	$152,700	$0	$0	$152,700
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	1	$94,000	$0	$0	$94,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				6	$453,200	$0	$0	$453,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$60,000	$0	$0	$60,000
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$46,400	$0	$0	$46,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$108,000	$0	$0	$108,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$80,000	$0	$0	$80,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$94,000	$0	$0	$94,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$64,800	$0	$0	$64,800
TOTAL				**6**	**$3,159,100**	**$0**	**$0**	**$3,159,100**

ANEXO 3. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

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	901726258-8	CONSORCIO COMUNAL		Calle 8f#79-94	4111513	hseq@wrussyingenieros.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	
2023-11	2023-11	Y	14/12/2023	73068720	$164.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

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

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	164.300				164.300	0	0	164.300			1.643	164.300	3

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	164.300	164.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	164.300	164.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901726258-8	CONSORCIO COMUNAL		Calle 8f#79-94	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2023-11	2023-11	Y	14/12/2023	73068720	$164.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012409109	LOSADA CORTES CARLOS EDUARDO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	38.667	5	2.700		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	11438423	MARTINEZ JIMENEZ LUIS CARLOS	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	80151480	RINCON VEGA JORGE ALDEMAR	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	Y	18/12/2023	72989038	$532.500	

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					

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

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	532.500				532.500	0	0	532.500			5.325	532.500	1

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	532.500	532.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	532.500	532.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2023-11	2023-11	Y	18/12/2023	72989038	$532.500	

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	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	80212380	RUSSY LADINO WILVER FRANCINY	59	0			N								X									0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	7.650.000	5	532.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Señor(a): JORGE ALDEMAR RINCON VEGA
No. Identificación: CC80151480
Dirección: BOGOTA DC
Telefono: 4111513
Correo: hseqwrussy@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8372521341

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JORGE ALDEMAR RINCON VEGA
Tipo y número de identificación	CC80151480
Número de planilla	8372521341
Fecha pago	2023-12-13
Número de autorización pago	1000000022
Banco	1001

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

PAGADA
8372521341

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

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80151480
APELLIDOS Y NOMBRES: JORGE ALDEMAR RINCON VEGA

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	20/12/2023	72988496	$2.848.900	

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	46.700	0		0		0	0	0	0	46.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	73.400	0		0		0	0	0	0	73.400	1
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	168.000	0		0		0	0	0	0	168.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	992.000	0	0	0	0	0	0		992.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.100	0	0	0	0	0	0		480.100	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	640.600				640.600	0	0	640.600			6.406	640.600	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	368.100	0	0	368.100	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	368.100	368.100
Pensión	2	1.472.100	1.472.100
Riesgos Laborales	1	640.600	640.600
CCF	1	368.100	368.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.848.900	2.848.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	20/12/2023	72988496	$2.848.900	

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	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	1000005655	GONZALEZ ORJUELA STEFANY KATERIN	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS010	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
2	CC	79798994	CERQUERA SALCEDO EMILIO	1	0			S	X																25-14	1.833.334	293.400	0	0	0	0	EPS037	1.833.334	73.400	14-11	1.833.334	5	127.700	CCF24	1.833.334	73.400	0	0	0	0	0
3	CC	80116087	MELO RINCON CIRO ANTONIO	1	0			S	X																25-14	1.166.667	186.700	0	0	0	0	EPS002	1.166.667	46.700	14-11	1.166.667	5	81.300	CCF24	1.166.667	46.700	0	0	0	0	0
4	CC	88219361	FORERO CALDAS VICTOR JOLMAN	1	0			S																	230201	4.200.000	672.000	0	0	0	0	MIN002	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901726258-8	CONSORCIO COMUNAL		Calle 8ff79-94	4111513	hseq@wrussyingenieros.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
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	14/12/2023	73147940	$3.379.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	208.800	0		0		0	0	0	0	208.800	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.600	0		0		0	0	0	0	1.600	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	101.800	0		0		0	0	0	0	101.800	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	65.800	0		0		0	0	0	0	65.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	6.200	0	0	0	0	0	0		6.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.893.400	0	0	0	0	0	0		1.893.400	12
25-14	Colpensiones	900336004-7	66.800	0	0	0	0	0	0		66.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	656.700				656.700	0	0	656.700			6.567	656.700	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	378.000	0	0	378.000	14

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	378.000	378.000
Pensión	3	1.966.400	1.966.400
Riesgos Laborales	1	656.700	656.700
CCF	1	378.000	378.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	3.379.100	3.379.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901726258-8	CONSORCIO COMUNAL		Calle 8f#79-94	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E	14/12/2023	73147940	$3.379.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1002439244	NUÑEZ GARCIA LUIS ALBERTO	1	0			S								X								230301	1,107,902	177,300	0	0	0	0	EPS002	1,107,902	44,400	14-11	1,107,902	5	77,200	CCF24	1,107,902	44,400	0	0	0	0	0
2	CC	1002439244	NUÑEZ GARCIA LUIS ALBERTO	1	0			S									X							230301	193,334	31,000	0	0	0	0	EPS002	193,334	0	14-11	193,334	5	0	CCF24	193,334	0	0	0	0	0	0
3	CC	1004507107	FUENTES CADENA JUAN DANIEL	1	0			S	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS008	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
4	CC	1010176635	GARCIA RAMIREZ LIVINTON	1	0			S								X								230301	1.288.395	206.200	0	0	0	0	EPS002	1.288.395	51.600	14-11	1.288.395	5	89.700	CCF24	1.288.395	51.600	0	0	0	0	0
5	CC	1012371577	ZAMBRANO SAENZ DARLING	1	0			S								X								230301	1,117,680	178,900	0	0	0	0	EPS017	1,117,680	44,800	14-11	1,117,680	5	77,800	CCF24	1,117,680	44,800	0	0	0	0	0
6	CC	1012371577	ZAMBRANO SAENZ DARLING	1	0			S									X							230301	172,643	27,700	0	0	0	0	EPS017	172,643	0	14-11	172,643	5	0	CCF24	172,643	0	0	0	0	0	0
7	CC	1012389542	BELTRAN ALEMAN DEIBYS	1	0			S								X								230301	1,060,593	169,700	0	0	0	0	EPS002	1,060,593	42,500	14-11	1,060,593	5	73,900	CCF24	1,060,593	42,500	0	0	0	0	0
8	CC	1012389542	BELTRAN ALEMAN DEIBYS	1	0			S									X							230301	239,835	38,400	0	0	0	0	EPS002	239,835	0	14-11	239,835	5	0	CCF24	239,835	0	0	0	0	0	0
9	CC	1012442320	CAJAMARCA ZAMORA ANGEL FELIPE	1	0			S								X								230301	1,210,062	193,700	0	0	0	0	EPS002	1,210,062	48,500	14-11	1,210,062	5	84,300	CCF24	1,210,062	48,500	0	0	0	0	0
10	CC	1018402419	LASPRILLA RODRIGUEZ EDGAR JULIAN	1	0			S									X							230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	0	14-11	1.160.000	5	0	CCF24	1.160.000	0	0	0	0	0	0
11	CC	1052973192	HERNANDEZ ALVARO JAVIER	1	0			S	X															230301	464.000	74.300	0	0	0	0	EPS002	464.000	18.600	14-11	464.000	5	32.300	CCF24	464.000	18.600	0	0	0	0	0
12	CC	1052973192	HERNANDEZ ALVARO JAVIER	1	0			S									X							230301	120.986	19.400	0	0	0	0	EPS002	120.986	0	14-11	120.986	5	0	CCF24	120.986	0	0	0	0	0	0
13	PT	6974593	MALDONADO BAZAN JOSE DAVID	1	0			S								X								230301	1.022.840	163.700	0	0	0	0	EPS037	1.022.840	41.000	14-11	1.022.840	5	71.200	CCF24	1.022.840	41.000	0	0	0	0	0
14	PT	6974593	MALDONADO BAZAN JOSE DAVID	1	0			S									X							230301	195.391	31.300	0	0	0	0	EPS037	195.391	0	14-11	195.391	5	0	CCF24	195.391	0	0	0	0	0	0
15	CC	73541307	HERNANDEZ PEREZ WILSON ANDRES	1	0			S	X															230201	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS002	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
16	CC	79639532	CHAPARRO GAITAN NELSON RAMIRO	1	0			S																230301	1.082.667	173.300	0	0	0	0	EPS017	1.082.667	43.400	14-11	1.082.667	5	75.400	CCF24	1.082.667	43.400	0	0	0	0	0
17	CC	79639532	CHAPARRO GAITAN NELSON RAMIRO	1	0			S									X							230301	77.334	12.400	0	0	0	0	EPS017	77.334	0	14-11	77.334	5	0	CCF24	77.334	0	0	0	0	0	0
18	CC	79901160	CASTILLO MONTOYA IVAN	1	0			S	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS002	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
19	CC	80370451	MONTES ROJAS HERNANDO	1	0			S	X							X								25-14	339.704	54.400	0	0	0	0	EPS017	339.704	13.600	14-11	339.704	5	23.700	CCF24	339.704	13.600	0	0	0	0	0
20	CC	80370451	MONTES ROJAS HERNANDO	1	0			S									X							25-14	77.334	12.400	0	0	0	0	EPS017	77.334	0	14-11	77.334	5	0	CCF24	77.334	0	0	0	0	0	0
21	CC	80819503	CARO SAAVEDRA OSCAR GUSTAVO	1	0			S								X								230301	619.112	99.100	0	0	0	0	EPS037	619.112	24.800	14-11	619.112	5	43.100	CCF24	619.112	24.800	0	0	0	0	0
22	CC	80819503	CARO SAAVEDRA OSCAR GUSTAVO	1	0			S									X							230301	618.667	99.000	0	0	0	0	EPS037	618.667	0	14-11	618.667	5	0	CCF24	618.667	0	0	0	0	0	0

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

RAZON SOCIAL :	WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
IDENTIFICACION:	CC-80212380
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-01-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-12-20
FECHA DE PAGO:	2023-12-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2023-11
PERIODO SALUD:	2023-11
NUMERO PLANILLA:	28397348
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28397348
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 3.060.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 382.500	$ 382.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 3.060.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 489.600	$ 489.600
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 3.060.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.200	$ 61.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 933.300	$ 933.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/01/2024

ANEXO 4. SOPORTE REGISTRO DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	27 Diciembre 2023	Lugar:	Estación Policial San Cristobal.
Hora:	11:00	Tema:	HIGIENE POSTURAL. - 3R.
Responsable:	Stefany Gonzalez.	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria ☐ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☒ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jorge Rincon	Maestro		
	Luis alberto Nuñez	oficial		
	Jaiber Beltran A	oficial		
	Ramon I			

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACION HIGIENE POSTURAL

NOMBRE:	CARGO:	FECHA:	NOTA:
Jorge Aldemar Rincon	maestro	27-12-2023	

1. ¿Cuáles son las patologías osteomusculares que puede generar las malas posturas?
   a. Lumbalgias
   b. Cervicalgias
   c. Hernias
   d. Todas las anteriores X
2. Cuáles son las molestias por malas posturas?
   a. Dolor Cuello y hombros
   b. Dolor en rodillas y piernas
   c. Todas las anteriores
   d. Dolor de espalda X
3. Cuáles son los factores de riesgo en la higiene postural?
   a. Manejo inadecuado de Cargas
   b. Una pobre condición física
   c. Todas las anteriores X
   d. Sobrepeso
4. Cuáles son los métodos de prevención?
   a. No permanecer en la misma postura durante periodos prolongados, alternar actividades que requieran estar de pie con otras que impliquen estar sentado o en movimiento.
   b. Intercalar periodos breves de descanso entre las diferentes actividades. Si fuera necesario, modificar adecuadamente el entorno (mobiliario, altura de los objetos, iluminación, etc.) buscando la situación más cómoda y segura para la espalda.
   c. Planificar con antelación los movimientos o gestos a realizar, evitar las prisas que pueden conllevar mayores riesgos.
   d. Todas las anteriores X
   e. Ninguna de las anteriores

Muchas Gracias

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

EVALUACION HIGIENE POSTURAL

NOMBRE:	CARGO:	FECHA:	NOTA:
Deibys Beltran A	oficial	27-12-2023	

1. ¿Cuáles son las patologías osteomusculares que puede generar las malas posturas?
   a. Lumbalgias
   b. Cervicalgias
   c. Hernias
   d. Todas las anteriores

2. Cuáles son las molestias por malas posturas?
   a. Dolor Cuello y hombros
   b. Dolor en rodillas y piernas
   c. Todas las anteriores
   d. Dolor de espalda

3. Cuáles son los factores de riesgo en la higiene postural?
   a. Manejo inadecuado de Cargas
   b. Una pobre condición física
   c. Todas las anteriores
   d. Sobrepeso

4. Cuáles son los métodos de prevención?
   a. No permanecer en la misma postura durante periodos prolongados, alternar actividades que requieran estar de pie con otras que impliquen estar sentado o en movimiento.
   b. Intercalar periodos breves de descanso entre las diferentes actividades. Si fuera necesario, modificar adecuadamente el entorno (mobiliario, altura de los objetos, iluminación, etc.) buscando la situación más cómoda y segura para la espalda.
   c. Planificar con antelación los movimientos o gestos a realizar, evitar las prisas que pueden conllevar mayores riesgos.
   d. Todas las anteriores
   e. Ninguna de las anteriores

Deibys B

Muchas Gracias

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACION HIGIENE POSTURAL

NOMBRE:	CARGO:	FECHA:	NOTA:
Carlos Zambrano	Electrico	27/12/2022	

1. ¿Cuáles son las patologías osteomusculares que puede generar las malas posturas?
   a. Lumbalgias
   b. Cervicalgias
   c. Hernias
   X Todas las anteriores

2. Cuáles son las molestias por malas posturas?
   a. Dolor Cuello y hombros
   b. Dolor en rodillas y piernas
   X Todas las anteriores
   d. Dolor de espalda

3. Cuáles son los factores de riesgo en la higiene postural?
   a. Manejo inadecuado de Cargas
   b. Una pobre condición física
   X Todas las anteriores
   d. Sobrepeso

4. Cuáles son los métodos de prevención?
   a. No permanecer en la misma postura durante periodos prolongados, alternar actividades que requieran estar de pie con otras que impliquen estar sentado o en movimiento.
   b. Intercalar periodos breves de descanso entre las diferentes actividades. Si fuera necesario, modificar adecuadamente el entorno (mobiliario, altura de los objetos, iluminación, etc.) buscando la situación más cómoda y segura para la espalda.
   c. Planificar con antelación los movimientos o gestos a realizar, evitar las prisas que pueden conllevar mayores riesgos.
   X Todas las anteriores
   e. Ninguna de las anteriores

Muchas Gracias

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACION HIGIENE POSTURAL

NOMBRE: Luis alberto ramirez	CARGO: oficial	FECHA: 27/12/2025	NOTA:

1. ¿Cuáles son las patologías osteomusculares que puede generar las malas posturas?
   a. Lumbalgias
   b. Cervicalgias
   c. Hernias
   (d.) Todas las anteriores

2. Cuáles son las molestias por malas posturas?
   a. Dolor Cuello y hombros
   b. Dolor en rodillas y piernas
   (c.) Todas las anteriores
   d. Dolor de espalda

3. Cuáles son los factores de riesgo en la higiene postural?
   a. Manejo inadecuado de Cargas
   b. Una pobre condición física
   (c.) Todas las anteriores
   d. Sobrepeso

4. Cuáles son los métodos de prevención?
   a. No permanecer en la misma postura durante periodos prolongados, alternar actividades que requieran estar de pie con otras que impliquen estar sentado o en movimiento.
   b. Intercalar periodos breves de descanso entre las diferentes actividades. Si fuera necesario, modificar adecuadamente el entorno (mobiliario, altura de los objetos, iluminación, etc.) buscando la situación más cómoda y segura para la espalda.
   c. Planificar con antelación los movimientos o gestos a realizar, evitar las prisas que pueden conllevar mayores riesgos.
   (d.) Todas las anteriores
   e. Ninguna de las anteriores

Muchas Gracias

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Angel Felipe Cajamarca	**CEDULA:** 1'012.442.330	**FECHA:** 12.12.2023
ÁREA/SECCIÓN: San Cristobal	**CARGO:** Ayudante	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

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

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

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

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

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

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

Medidas de control:

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

Cedula:	1012 442 320	**Cedula:**	1000005655
Nombre del trabajador:	Angel Felipe Caparroca	**Nombre responsable inducción:**	Stefany Gonzalez
Fecha:	12.12.2023	**Fecha:**	12 Diciembre 2023
Firma del trabajador:	Angel Caparroca.	**Firma responsable socialización:**	StefanyG.

Powered by CamScanner

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

Nombre: Felipe Cayarocca	Fecha: 16 Diciembre	Cargo: Ayudante .	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
No Aprovechable.	Organico.	Aprovechable.

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

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



X

O





X

O



Powered by CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

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

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

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**
   a. Conservar la calma.
   X b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **CONSORCIO OBRAS W**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

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

Con el medio ambiente.

Powered by CamScanner

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

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

No consumir alcohol ni drogas en la obra.
No llegar embriagado.

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



Angel Cajamarca.
FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

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

NOMBRE: Carlos Lozada	**CEDULA:** 1012409118	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN: San Cristobal	**CARGO:** manto	12/12/23

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

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

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

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

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

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

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

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

Medidas de control:

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

Cedula: 1012409109	**Cedula:** 1000005655
Nombre del trabajador: Carlos Losada	**Nombre responsable inducción:** Stefany Gonzalez
Fecha: 12/12/23	**Fecha:** 12 Diciembre 2023
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:** Stefany

Powered by CamScanner

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

Nombre: Carlos Losada	Fecha: 16 Diciembre	Cargo: Manto asfaltico	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
No aprovechable.	organico	aprovechable.

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

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



X

O





X

O



Powered by CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

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

6. **Que es el COPASST**

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

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

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

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

con el ambiente.

Powered by CamScanner

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

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

No consumir alcohol en la obra.
No consumir drogas en la obra

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



Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Darling Zambrano.	**CEDULA:** 1012 3715 77	**FECHA:** 14-11-2023.
ÁREA/SECCIÓN:	**CARGO:** Oficial	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

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

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

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

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

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

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

Medidas de control:

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

Cedula: 1012371577	**Cedula:** 1000005655
Nombre del trabajador: Darlins Zambrano	**Nombre responsable inducción:** Stefany Gonzalez
Fecha: 14/12/2023	**Fecha:** 14 Diciembre 2023.
Firma del trabajador: Darlins Zambrano	**Firma responsable socialización:** Stefany G.

Powered by CamScanner

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

Nombre: Darling Tambrano	Fecha: 16 Diciembre 23	Cargo:	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechable	Organico	aprovechable

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

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



X

O





X

O



Powered by CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

X **a.** Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

X **b.** Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

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

X **a.** Conservar la calma.

b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

X **d.** La empresa **CONSORCIO OBRAS W**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

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

Con el medio ambiente.

Powered by CamScanner

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

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

No consumir alcohol en los sitios de sustancias psicoactivas

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

Barridos de piso





Vasos de plásticos



Cartón





Comida



Botellas Plástico



Servilletas





FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Deibys Beltran	**CEDULA:** 1012389542	**FECHA:** 14-12-2023
ÁREA/SECCIÓN:	**CARGO:** Oficial	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de particulas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

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

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

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

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

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

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

Medidas de control:

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

Cedula: 1.012.388.542	**Cedula:** 1000005655
Nombre del trabajador: Deiber Beltran A	**Nombre responsable inducción:** Stefany Gonzalez
Fecha: 14-12-2023	**Fecha:** 14 Diciembre 2023
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:**

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CODIGO [illegible]
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Delbys Bethan	Fecha: 16 Diciembre 23	Cargo: Gfacd	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
No aprovechable	Organico	Aprovechable

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

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

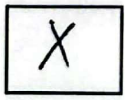


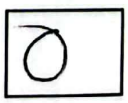














Powered by CamScanner

5. Que es el comité de convivencia laboral

X **a.** Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

X **b.** Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

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

a. Conservar la calma.

X **b.** Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

d. La empresa **CONSORCIO OBRAS W**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

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

Con el ambiente.

Powered by CamScanner