TOTALL INC S.A.S BIC	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**Código:** INC-FO-085 **Versión: 1** **Fecha de Aprobación:** 10-10-2023 Clasificación: Pública

CONTRATO	X	PROYECTO		FASE O ETAPA		No. FASE / ETAPA:	

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/01/2024** **Y EL** **31/01/2024**

INFORME No. *Nº 4*

TIPO DE CONTRATO *Interventoria*

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".*

NOMBRE DEL PROYECTO " CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EQUIPAMIENTOS 2023 "

CONTRATISTA: *CONSORCIO OBRASW* CONTRATO No. 1804

INTERVENTOR: *TOTALL INC SAS BIC* CONTRATO No. 1805

SUPERVISOR: *Eduin Antonio Moreno Shet*

FECHA	REFERENCIA / RADICADO	ASUNTO	ENVÍA	RECIBE
28/12/2023	INT-SCJ-1804-089	REMISIÓN DE ACTAS DE COMITÈ No 8 y No 9.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
3/01/2024	INT-SCJ-1804-090	RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 12 DE INTERVENTORIA.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.
10/01/2024	INT-SCJ-1804-091	RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 13 DE INTERVENTORIA.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.
10/01/2024	INT-SCJ-1804-092	SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO ASISTENCIA A COMITÉ DE SEGUIMIENTO No 10.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	Secretaria Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia Bogotá D.C. Atn. Harold Morales; Yenni Díaz; Rodrigo Carrascal. Subsecretaría de Justicia (Atn. Casas de Justicia). Bogotá. D.
11/01/2024	INT-SCJ-1804-093	APROBACIÓN HOJA DE VIDA INSPECTOR CONTRATO OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023).	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
11/01/2024	INT-SCJ-1804-094	Solicitud de uso de formato (Acta de emergencia) en cada reporte de atención.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C

TOTALL INC S.A.S BIC INTERVENTORIA Y SUPERVISION	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**Código:** INC-FO-085 **Versión: 1** **Fecha de Aprobación:** 10-10-2023 Clasificación: Pública

CONTRATO	X	PROYECTO		FASE O ETAPA		No. FASE / ETAPA:	

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/01/2024** **Y EL** **31/01/2024**

INFORME No. *Nº 4*

TIPO DE CONTRATO *Interventoria*

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".*

NOMBRE DEL PROYECTO " CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EQUIPAMIENTOS 2023 "

CONTRATISTA: *CONSORCIO OBRASW* CONTRATO No. 1804

INTERVENTOR: *TOTALL INC SAS BIC* CONTRATO No. 1805

SUPERVISOR: *Eduin Antonio Moreno Shet*

11/01/2024	INT-SCJ-1804-095	APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
12/01/2024	INT-SCJ-1804-096	APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
12/01/2024	INT-SCJ-1804-097	APROBACIÓN DE PRESUPUESTOS POR PARTE DE INTERVENTORÍA ENERO 2024.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
15/01/2024	INT-SCJ-1804-098	REMISIÒN DE ACTA DE COMITÈ No 10 12-01-2024.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
15/01/2024	INT-SCJ-1804-099	Respuesta oficio 0061-1805-SCJ Alcance de actividades en EPOL San Cristóbal.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
15/01/2024	INT-SCJ-1804-100	APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C

TOTALL INC S.A.S BIC INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**Código:** INC-FO-085 **Versión: 1** **Fecha de Aprobación:** 10-10-2023 Clasificación: Pública

CONTRATO	X	PROYECTO		FASE O ETAPA		No. FASE / ETAPA:	

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/01/2024** **Y EL** **31/01/2024**

INFORME No. *Nº 4*

TIPO DE CONTRATO *Interventoria*

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".*

NOMBRE DEL PROYECTO " CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EQUIPAMIENTOS 2023 "

CONTRATISTA: *CONSORCIO OBRASW* CONTRATO No. 1804

INTERVENTOR: *TOTALL INC SAS BIC* CONTRATO No. 1805

SUPERVISOR: *Eduin Antonio Moreno Shet*

15/01/2024	INT-SCJ-1804-101	Autorización ingreso personal interventoría Cantón Norte.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	Secretaria Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia Bogotá D.C. Atn. Coronel Ruiz Eslava Leonardo Jefe de Estado Mayor y Segundo Brigada 13 Bogotá. D. REFERENCIA:
16/01/2024	INT-SCJ-1804-102	APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
16/01/2024	INT-SCJ-1804-103	Acompañamiento y aprobación en apertura de frentes 17-01-2024.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
17/01/2024	INT-SCJ-1804-104	ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA INTERVENTORÍA CONTRATO No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023).	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.
17/01/2024	INT-SCJ-1804-105	RADICACIÓN INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA No.3 V1 CONTRATO No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023).	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.
17/01/2024	INT-SCJ-1804-106	REMISÍON ACTA DE COBRO DE INTERVENTORÍA No 03.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.

TOTALL INC S.A.S BIC. INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**Código:** INC-FO-085 **Versión: 1** **Fecha de Aprobación:** 10-10-2023 Clasificación: Pública

CONTRATO	X	PROYECTO		FASE O ETAPA		No. FASE / ETAPA:	

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/01/2024** **Y EL** **31/01/2024**

INFORME No. *Nº 4*

TIPO DE CONTRATO *Interventoria*

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".*

NOMBRE DEL PROYECTO " CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EQUIPAMIENTOS 2023 "

CONTRATISTA: *CONSORCIO OBRASW* CONTRATO No. 1804

INTERVENTOR: *TOTALL INC SAS BIC* CONTRATO No. 1805

SUPERVISOR: *Eduin Antonio Moreno Shet*

17/01/2024	INT-SCJ-1804-108	RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 14 DE INTERVENTORIA.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.
18/01/2024	INT-SCJ-1804-109	Respuesta oficio 0060-1805-SCJ RADICACION INFORME HIDRAULICO BOMBAS URI.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
22/01/2024	INT-SCJ-1804-110	APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
19/01/2024	INT-SCJ-1804-111	Solicitud de apertura de frente de obra Uri Puente Aranda Fase II.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
22/01/2024	INT-SCJ-1804-112	REMISIÒN DE ACTA DE COMITÈ No 11 18-01-2024.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C

TOTALL INC S.A.S BIC INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**Código:** INC-FO-085 **Versión: 1** **Fecha de Aprobación:** 10-10-2023 Clasificación: Pública

CONTRATO	X	PROYECTO		FASE O ETAPA		No. FASE / ETAPA:	

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/01/2024** **Y EL** **31/01/2024**

INFORME No. *Nº 4*

TIPO DE CONTRATO *Interventoria*

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".*

NOMBRE DEL PROYECTO " CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EQUIPAMIENTOS 2023 "

CONTRATISTA: *CONSORCIO OBRASW* CONTRATO No. 1804

INTERVENTOR: *TOTALL INC SAS BIC* CONTRATO No. 1805

SUPERVISOR: *Eduin Antonio Moreno Shet*

23/01/2024	INT-SCJ-1804-113	RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 15 DE INTERVENTORIA.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D.

TOTALL INC S.A.S BIC INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**Código:** INC-FO-085 **Versión: 1** **Fecha de Aprobación:** 10-10-2023 Clasificación: Pública

CONTRATO	X	PROYECTO		FASE O ETAPA		No. FASE / ETAPA:	

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/01/2024** **Y EL** **31/01/2024**

INFORME No. *Nº 4*

TIPO DE CONTRATO *Interventoria*

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".*

NOMBRE DEL PROYECTO " CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE EQUIPAMIENTOS 2023 "

CONTRATISTA: *CONSORCIO OBRASW* CONTRATO No. 1804

INTERVENTOR: *TOTALL INC SAS BIC* CONTRATO No. 1805

SUPERVISOR: *Eduin Antonio Moreno Shet*

24/01/2024	INT-SCJ-1804-114	Autorización ingreso personal de interventoría y contratista de obra URI Puente Aranda.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Atn. Eduin Antonio Moreno Shet Supervisor Contratos de Interventoría Bogotá. D. REFERENCIA:
26/01/2024	INT-SCJ-1804-115	REMISIÒN DE ACTA DE COMITÈ No 12 25-01-2024.	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
30/01/2024	INT-SCJ-1804-116	APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C
30/01/2024	INT-SCJ-1804-117	POSIBLE INCUMPLIMIENTO EN TEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FERNANDO JIMÉNEZ POLO Director de Interventoría TOTALL INC SAS BIC NIT 901.620.351-9	CONSORCIO OBRASW Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO Representante Legal contratista de Obra Bogotá. D.C

Firma:

Nombre y apellido

FERNANDO JIMENEZ POLO

DIRECTOR DE INTERVENTORIA

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-089

Bogotá, D.C, 28 de diciembre de 2023

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: REMISIÓN DE ACTAS DE COMITÈ No 8 y No 9.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría se permite remitir para su conocimiento y fines pertinentes, la copia de las actas de comité presencial No 8 y No 9, llevadas a cabo los días 14 y 27 de diciembre de 2023, de manera presencial en las instalaciones de la Secretaria Distrital de Seguridad, convivencia y Justicia.

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- Dos (2) archivos PDF – 926 KB.
- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-090

Bogotá, D.C, 03 de enero de 2024

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

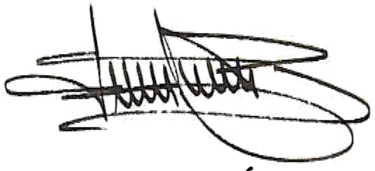
ASUNTO: RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 12 DE INTERVENTORIA.

Respetados señores:

Por medio del presente, esta interventoría se permite remitir el informe semanal de interventoría No.12, correspondiente al contrato No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023), garantizando el cumplimiento del componente contractual a la CLÁUSULA OCTAVA. – OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA. El periodo del informe semanal se relaciona a continuación:

- **Informe semanal No.12:** 25/12/2023 al 31/12/2023

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:
- Un (1) Archivo PDF – 2,792 KB – veintidós (22) Folios
- Un (1) Archivo Exel – 114,537 KB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-091

Bogotá, D.C, 10 de enero de 2024

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

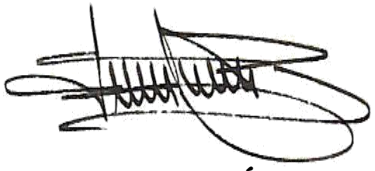
ASUNTO: RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 13 DE INTERVENTORIA.

Respetados señores:

Por medio del presente, esta interventoría se permite remitir el informe semanal de interventoría No.13, correspondiente al contrato No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023), garantizando el cumplimiento del componente contractual a la CLÁUSULA OCTAVA. – OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA. El periodo del informe semanal se relaciona a continuación:

- **Informe semanal No.13:** 01/01/2024 al 07/01/2024

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:
- Un (1) Archivo PDF – 1,975 KB – doce (12) Folios
- Un (1) Archivo Exel – 102,760 KB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-092

Bogotá, D.C, 10 de enero de 2023

Señores
Secretaria Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia Bogotá D.C.
Atn. Harold Morales; Yenni Díaz; Rodrigo Carrascal.
Subsecretaría de Justicia (Atn. Casas de Justicia).
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO ASISTENCIA A COMITÉ DE SEGUIMIENTO No 10.

Respetados señores:

Por medio de la presente, TOTALL INC SAS BIC en calidad de interventoría, se permite invitarlos al comité de seguimiento, llevado a cabo el día viernes 12 de enero de 2024 en la franja horaria de 10:00 am – 02:00 pm, en la siguiente Ubicación:

- Oficinas de Comando de policía metropolitana de Bogotá MBOG (Dirección: Av. Avenida Esmeralda #22-68).

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-093

Bogotá, D.C, 11 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACIÓN HOJA DE VIDA INSPECTOR CONTRATO OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023).

Respetados señores:

En el marco de las obligaciones adquiridas al suscribir el contrato de obra No SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023 y dando cumplimiento a lo establecido en la CLÁUSULA SÉPTIMA OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA; Numeral 6:

"Garantizar que durante el tiempo de ejecución del mantenimiento y reparaciones y hasta el recibo por parte de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y justicia, se mantenga el personal mínimo requerido para la ejecución del objeto contractual, el cual deberá cumplir con la calidad, perfiles y experiencia ofertados. Dicho personal deberá sujetarse a los siguientes parámetros:

a) Personal idóneo y capacitado en la labor que va realizar.
b) Personal con la dotación e indumentaria que establecen las normas de seguridad industrial, de acuerdo con las labores que desempeñe, así como con los elementos, insumos y/o herramientas necesarias para el desarrollo de las actividades requeridas.
c) Personal debidamente identificado.
d) Personal mayor de edad.
e) Mantener el número de personal, haciendo las previsiones necesarias para proporcionar los reemplazos requeridos."

Esta interventoría en vista que la hoja de vida presentada de *JUAN FERNANDO PEDREROS DIAZ*, cumplió con los requerimientos exigidos en pliegos damos aprobación:

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

PERSONAL NUEVO			*PERSONAL ANTERIOR*		
PERFIL	*NOMBRE DEL PROFESIONAL*	CC	PROFESION	NOMBRE DE PROFESIONAL	CC
Inspector	*JUAN FERNANDO PEDREROS DIAZ*	12.198.058	*Inspector*	Emilio Cerquera Salcedo	79.798.994

Sin otro particular, quedamos a disposición para cualquier consulta o aclaración adicional.

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-094

Bogotá, D.C, 11 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Solicitud de uso de formato (Acta de emergencia) en cada reporte de atención.

Respetados señores:

En el marco de las obligaciones adquiridas al suscribir el contrato de obra No SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023 y dando cumplimiento a lo establecido en la **CLÁUSULA SÉPTIMA OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA- II. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA; Numeral 14, Numeral 30** y dando cumplimiento al pliego de condiciones **(ANEXO No. 7) ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - 1.2.1 Obras de Emergencia, Alto Riesgo y de Contingencia - 1.7 ESTÁNDARES DE SERVICIO PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS**:

Según sucesos presentados en la atención de emergencias antes reportadas, como discrepancias con los referentes del equipamiento entorno a las actividades realizadas, insumos instalados, estados de la primera atención y demás atenciones si así lo amerita, como también la entrega de la misma emergencia a los referentes, esta interventoría se permite relacionar nuevo formato "Acta de emergencia", este formato debe ser diligenciado a mano por cada emergencia que se atienda, incluyendo las actividades, observaciones, lista de insumos instalados o a reparar y/o que se realicen en cada una de las emergencias.

Lo anterior con el fin de realizar una labor de control más precisa y garantizar la correcta

satisfacción de las subsanaciones presentadas en las emergencias.

Sin otro particular, quedamos a disposición para cualquier consulta o aclaración adicional.

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexo:

- Un (1) Archivo en formato PDF – tres (3) folios – 80KB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-095

Bogotá, D.C, 11 de Enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)

Cordial saludo:

En el marco de las obligaciones contractuales en relación a la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

No.	NOMBRE	CÉDULA
1	JUAN DANIEL FUENTES CADENA	1.004.507.107

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.507.107

FUENTES CADENA

APELLIDOS

JUAN DANIEL

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-1995**

GUAMAL
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-MAR-2014 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2104000-01331536-M-1004507107-20221128 **0091**544537G 1 9920604604

Medellín, 06 de January de 2024

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 %		
C1004507107	FUENTES CADENA JUAN DANIEL	09/01/2024		20017339	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 06/01/2024 10:45:43 .
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, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

JUAN DANIEL FUENTES CADENA

Con identificación Nº. *1004507107*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

TRABAJADOR AUTORIZADO EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de **32 horas** realizadas en Bogotá
Desde **13 de septiembre de 2023** hasta el día **16 de septiembre de 2023**

Empresa que remite al trabajador: **CONSORCIO COMUNAL**
NIT 901726258-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **SURA**
Representante Legal **RUSSY LADINO WILVER FRANCINY**
Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **16 de septiembre de 2023**

JAVIER ALEXANDER CANO
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

OSWALDO OSPINA PRADA
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia** ***4535 de 2023***

La autenticidad de este documento podrá ser validada en

(601) 631 4446
313 413 4807 / 314 563 5027
alturascalle13@gmail.com
Vigilado Ministerio de Trabajo

www.alturasfuerzaintegral.com

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068 **EMAIL:** citas.occidente1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2023-09-15

Nombres y apellidos: JUAN DANIEL FUENTES CADENA
Fecha de nacimiento: 06/11/1995
Empresa: CONSORCIO COMUNAL
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL

CC: 1004507107
Edad: 27 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-09-15 / 07:09:36
Fecha salida: 2023-09-15 / 11:50:48



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA TAMIZ
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Juliana Cortes Acosta
Médica - Uniboyacá
R. M. 1053335217 - Especialista SST
Licencia 1346 - 22/08/2017

KATHERIN JULIANA CORTES ACOSTA
RM: 1053335217
Firma y sello del médico

JUAN DANIEL FUENTES CADENA
CC: 1004507107
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:10:09 AM horas del 06/01/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004507107**
Apellidos y Nombres: **FUENTES CADENA JUAN DANIEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 238264757

PIB
11:09:41

Bogotá DC, 06 de enero del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN DANIEL FUENTES CADENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004507107:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-096

Bogotá, D.C, 12 de Enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)

Cordial saludo:

En el marco de las obligaciones contractuales en relación a la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

No.	**NOMBRE**	**CÉDULA**
1	CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDES	80.762.173
2	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ	1.024.561.771
3	OSCAR OBDULIO GUERRERO CORTES	1.024.467.174
4	RENNY DE JESUS GUDIÑO YARI	PPT 6757026

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80762173
NUMERO
BERNAL BENAVIDES
APELLIDOS
CARLOS ALBERTO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1982
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-AGO-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-1500117-42097236-M-0080762173-20011228 03371 01361B 01 111627504

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDES** identificado con **CC** No. **80762173**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS - N. 901378317	**Fecha de afiliación:** 20/04/2022 **Fecha de inicio de cobertura :** 20/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011142213.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_07

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ
Salud Ocupacional
NIT. 900.149.333-6

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA: 18/02/2023
NOMBRE: CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDES
IDENTIFICACIÓN/CC: 80762173

TIPO DE EXÁMEN **INGRESO** [X] **PERIÓDICO** [ ] **TRABAJO EN ALTURAS** [X]

INFORMACIÓN GENERAL:

EMPRESA: SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS NIT: 901378317-0
CARGO: COORDINADOR DE ALTURAS

RESULTADOS EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA		NORMAL				**COLESTEROL** SI
ESPIROMETRÍA		NO APLICA				**TRIGLICERIDOS** SI
ELECTROCARDIOGRAMA		NORMAL				**GLICEMIA** SI
ÉNFASIS ELECTROMUSCULAR		NORMAL				**QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES**
HEMOCLASIFICACIÓN	O+	**ESTATURA**	1.67	**PESO**	74KG	**AUDIOMETRÍA** SI

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X	
APLAZADO		
APTO CON RESTRICCIONES		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X	
APTO PARA ESPACIOS CON CONFINADOS	X	
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X	

EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	X	
RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		X
REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		X
REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		X
PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		X
REMISIÓN A EPS		X

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
¿Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		X

Se autoriza al trabajador para laborar, en alturas y espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paradínicos.

RECOMENDACIONES: SI: X NO:
CONTROL MEDICO DE RUTINA EN LA EPS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA COVID 19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.
NO PRESENTA SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO SERVERO (SARS-COV2)

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (SI)

FIRMA DEL MÉDICO

Juan Carlos Martinez F.
Medico Ocupacional
R.M. 68.001.504

FIRMA DEL PACIENTE

CRA 22 NO. 22-33 B. OLAYA
Verificaciones: 3244126073
Correo:djuanmartinezocupacional@gmail.com
www.drmartinezocupacionales.com.co

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:16:37 PM horas del 09/01/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80762173**

Apellidos y Nombres: **BERNAL BENAVIDES CARLOS ALBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 238445863

PIB
19:18:42

Bogotá DC, 09 de enero del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80762173:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 09 de enero de 2024, a las 19:18:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80762173
Código de Verificación	807621732401091918 17

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

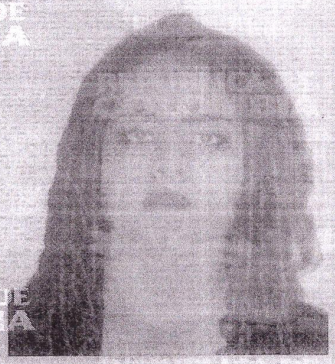
NUMERO **1.024.561.771**

MARIN MARTINEZ

APELLIDOS

ISIS DANIELA

NOMBRES



ISIS MARIN

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-MAR-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00700563-F-1024561771-20150504 **00440**41469A 2 1523330843

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ** identificado con **CC** No. **1024561771**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS - N. 901378317	**Fecha de afiliación:** 26/11/2020 **Fecha de inicio de cobertura :** 11/03/2022 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INGENIEROS INDUSTRIALES Y AFINES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011122680.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_07

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL DE INGRESO
(ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
TEST DE BOHOBER Y KENDALL

Registro/Orden: 300/312
Paciente: ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ
Empresa: SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS 901378317-0

Fecha: 20/01/2023
Identificación: 1.024.561.771
Cargo: GERENTE GENERAL
EPS SANITAS

SEXO: F
Edad: 27 años

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre Ocupacional y de aptitud física*
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgos a los cuales estará expuesto En el cargo a desempeñar.

RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES REALIZADOS	RESULTADOS	
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SI APLICA	
3. OPTOMETRIA (25-30)	SIN ALTERACIONES	
4. CUADRO HEMATICO	SIN ALTERACIONES	
5. GLICEMIA	SI APLICA	
6. PERFIL LIPIDICO	SI APLICA	
7. PSICOSENSOMETRICO	NORMAL	
8. EXAMEN OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	SIN ALTERACIONES	
9. EXAMEN OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES	
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 61 KG	ESTATURA: 1. 60 CM
11. DERMATOLOGICO	SI APLICA	
12. APTITUD DE EQUILIBRIO	SI APLICA	
13. CARDIOVASCULAR	NO APLICA	

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

		SI	NO
1	Apto para el cargo	X	
2	Apto con restricciones:		
3	Restringido		
4	Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ◯ AUDITIVO: ◯ RESPIRATORIO: ◯ CARDIOVASCULAR ◯ PSICOSOCIAL ◯ NINGUNO ◯

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU LABOR, SEGÚN RESULTADOS DE CUESTIONARIO, VALORIZACION MEDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCION N° 3673 de 2008

SI	NO
X	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

Utilizar los elementos de protección personal – Remisión por nutrición IPS – Sobre Peso Usar Protección Visual durante la jornada laboral
Seguir las recomendaciones estrictamente de medicina ocupacional.

Edgardo Mercado Preston

Dr. Edgardo Mercado Preston
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 906-2021

HUELLA INDICE DERECHO

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL:

FIRMA DEL TRABAJADORC.C.:

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:28:48 AM horas del 06/01/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1024561771**

Apellidos y Nombres: **MARIN MARTINEZ ISIS DANIELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 06 de enero de 2024, a las 08:32:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024561771
Código de Verificación	1024561771240106083223

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1024561771

¿ Cuanto es 3 - 2 ?

71

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1024561771.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: sábado, enero 06, 2024 - Hora de consulta: 08:35:49

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

Privacidad - Términos


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.024.467.174
GUERRERO CORTES
OSCAR OBDULIO


FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-OCT-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01143430-M-1024467174-20200630
0071075262A 1
9912495592

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **OSCAR OBDULIO GUERRERO CORTES** identificado con **CC** No. **1024467174**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS - N. 901378317	**Fecha de afiliación:** 07/04/2022 **Fecha de inicio de cobertura :** 20/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011142223.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_07

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.191

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
GUERRERO CORTES OSCAR OBDULIO	CC (Tipo)	1024467174 (Número)	11/09/1986	36 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR	**14/01/2023 07:25:22 a.m.**	**14/01/2023 07:48:35 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos): **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	AGUDEZA VISUAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL FISICO NORMAL, SIN SINTOMAS A NIVEL RESPIRATORIO. PARACLINICOS NORMALES. APTO PARA TRABAJAR.

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

Médico



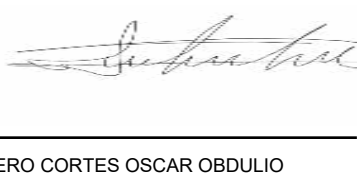
Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
G136M1S39191

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: GUERRERO CORTES OSCAR OBDULIO

CC: 1024467174

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:19:40 PM horas del 09/01/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024467174**
Apellidos y Nombres: **GUERRERO CORTES OSCAR OBDULIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de

Número Identificación: 1024467174

¿Cual es el primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado? OS

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) OSCAR OBDULIO GUERRERO CORTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1024467174.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en to
Fecha de consulta: martes, enero 09, 2024 - Hora de consulta: 19:19:58

Privacidad - Términos

OTRAS ENTIDADES

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
AUDITORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA - COLOMBIA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
Colombia Compra Eficiente
GOBIERNO DIGITAL

Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos: **Sede Electrónica: Presente aquí sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y felicitaciones/agradecimientos (PQRSDF)**
Correo de notificaciones judiciales: procesosjudiciales@procuraduria.gov.co este correo está destinado EXCLUSIVAMENTE PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES Y/O COMUNICACIONES ASOCIADAS a trámites judiciales de la Procuraduría

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 09 de enero de 2024, a las 19:20:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024467174
Código de Verificación	1024467174240109192009

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

COL

No. 6757026

GUDIÑO YARI
APELLIDOS

RENNY DE JESUS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

13641190
DNI Nro.

11-02-1977
FECHA DE NACIMIENTO

07-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES
ESTATUTO TEMPORAL DE PROTECCIÓN

RENNY

FIRMA

E0285906



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6757026<<1<<<<<<<<<<<<<<<
7702118M3105308VENE0285906<<<6
GUDINO<YARI<<RENNY<DE<JESUS<<<

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **RENNY DE JESUS GUDIÑO YARI** identificado con **PT** No. **6757026**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS - N. 901378317	**Fecha de afiliación:** 07/05/2023 **Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011142235.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_07

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.914

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
GUDIÑO YARI RENNY DE JESUS	CC (Tipo)	6757026 (Número)	11/02/1977	46 AÑOS	NO SE

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**30/08/2023 06:52:06 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: **SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA. NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

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

Médico



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad W136C1I41914

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GUDIÑO YARI RENNY DE JESUS

CC: 6757026



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:21:43 PM horas del 09/01/2024, el ciudadano extranjero con:
Pasaporte N° **6757026**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

PPT

Número Identificación:

6757026

¿ Cuanto es 3 X 3 ?

7

Consultar

EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN INGRESADO NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL SISTEMA.

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

Privacidad - Términos

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 09 de enero de 2024, a las 19:28:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso Especial de Permanencia
No. Identificación	6757026
Código de Verificación	6757026240109192840

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-097

Bogotá, D.C, 12 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
Representante legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACIÓN DE PRESUPUESTOS POR PARTE DE INTERVENTORÍA ENERO 2024.

Respetados señores:

Por medio de la presente, TOTALL INC SAS BIC quien funge en calidad de interventoría y con respecto a los correos "presupuesto actualizado epol san Cristóbal para autorización", "PRESUPUESTOS AJUSTADOS", los cuales fueron recibidos los días 11 de enero de 2024 y 10 de enero de 2024 respectivamente, Una vez revisadas las subsanaciones, nos permitimos dar la aprobación y visto bueno de los presupuestos de los frentes de:

- ✓ Equipamientos: EPOL Fontibón
- ✓ Equipamientos: EPOL San Cristóbal
- ✓ Equipamiento: Carabineros parque nacional

Se solicita al Contratista de Obra iniciar la puesta en marcha con las labores correspondientes para cada frente, como también hacer llegar los documentos requeridos antes de la apertura de algún frente: Programación de Obra, Memorias de cantidades, Flujo de caja, afiliaciones del personal y APUs de los Ítems no previstos (NP) con sus respectivas cotizaciones.

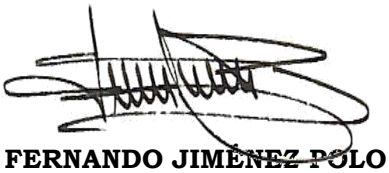
Así las cosas, se le otorga un plazo perentorio de tres (3) días hábiles contados a partir

de la recepción de esta comunicación, para que procedan con la remisión de dicha documentación y generar la apertura de los frentes.

Sin otra observación, quedamos a disposición para cualquier consulta o aclaración adicional.

Sin otro particular;

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexo:

- Tres (3) Archivos PDF – 1.14 MB
- Tres (3) Archivos Excel – 1.82 MB

C.C Eduin Antonio Moreno Shet – Supervisor de contratos secretaria de seguridad convivencia y justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÒN

INT-SCJ-1804-098

Bogotá, D.C, 15 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: REMISIÒN DE ACTA DE COMITÈ No 10 12-01-2024.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría se permite remitir para su conocimiento y fines pertinentes, la copia del acta de comité presencial No 10, llevada a cabo el día 12 de enero de 2024, de manera presencial en las instalaciones de la Secretaria Distrital de Seguridad, convivencia y Justicia.

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- Un (1) archivo PDF – 639 KB - Doce (12) folios.
- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-099

Bogotá, D.C, 15 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Respuesta oficio 0061-1805-SCJ Alcance de actividades en EPOL San Cristóbal.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría se permite Informar que acorde al alcance del contrato No SCJ-1805-2023 y según respuesta por parte de la supervisión del contrato (SDSCJ), solo se pueden llevar a cabo actividades de obra civil y redes eléctricas, las cuales hayan sido revisadas y/o aprobadas por esta Interventoría.

De acuerdo a lo anterior, No es posible llevar a cabo actividades de conexiones, cableados de voz y datos o red regulada en ningún equipamiento.

Aunando en lo anterior, se informa que se debe continuar con la programación establecida para la correcta intervención del equipamiento EPOL San Cristóbal y no consideras las instalaciones antes mencionadas.

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMENEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-100

Bogotá, D.C, 15 de Enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)

Cordial saludo:

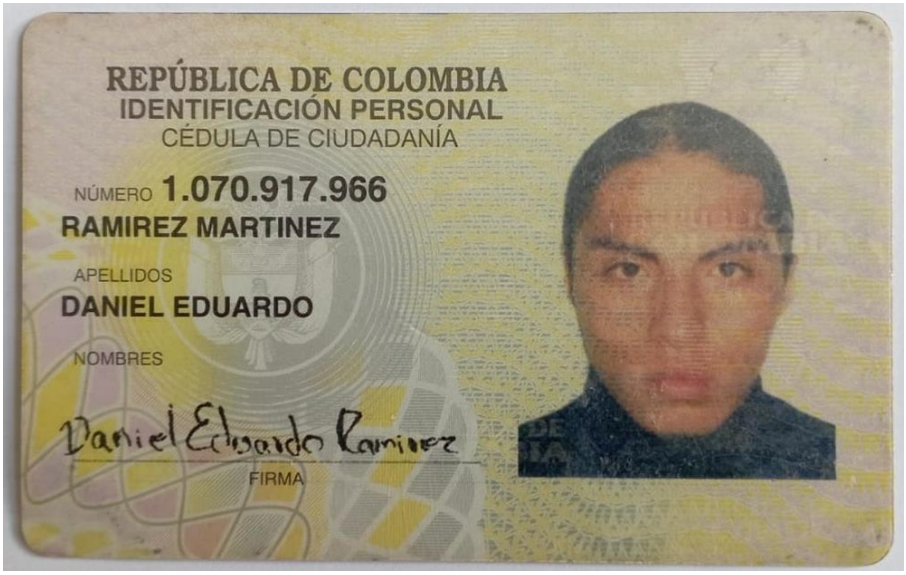
En el marco de las obligaciones contractuales en relación a la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

No.	**NOMBRE**	**CÉDULA**
1	DANIEL EDUARDO RAMIREZ MARTINEZ	1.070.917.966

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.070.917.966**

RAMIREZ MARTINEZ

APELLIDOS

DANIEL EDUARDO

NOMBRES

Daniel Eduardo Ramirez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

02-MAR-2007 COTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1504600-01077763-M-1070917966-20190627 **00656**24949A 1 9908880163

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ⊗



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **19/10/2023 08:56:00** Empresa **JACOLEC SAS**

Nombre **DANIEL EDUARDO RAMIREZ MARTINEZ**

Cargo **TECNICO (A)** Doc. Identidad **CC 1070917966**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO , LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	**ARL**	SI ○	NO ⊗	**EPS**	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO
SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Daniel E Ramirez M.

Trabajador: DANIEL EDUARDO RAMIREZ
CC 1070917966
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CONTROLES PERIODICOS POR OPTOMETRIA Y OTORRINO
TRABAJO CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
FORMACION EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS CON CAPACITACION SOBRE EL USO DE ARNES SI LO REQUIERE
EVITAR EL USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS
USO DE ROPA Y ZAPATOS ADECUADOS
USO DE BLOQUEADOR SOLAR TRES VECES AL DIA
INSPECCIONAR LAS HERRAMIENTAS PERIODICAMENTE ANTES DE UTILIZARLAS,
INFORMACION A LA EMPRESA SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE LE LIMITE TRABAJAR
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: DANIEL EDUARDO RAMIREZ
CC 1070917966
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

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 900834663	7	JACOLEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CALLE 66 A No. 96-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6619769	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-12	352302462	9460560207	E	2023/12/15	2023/12/21	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,493,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OFICINA (6 Afiliados)																								$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800
Centro de Trabajo: RIESGOS5 (6 Afiliados)																								$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800
1	CC	80775680	LIZARAZO PEREIRA NELSON MAURICIO																			23100 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
2	CC	79222265	MORA MENDEZ WILSON MAURICIO	X																		23100 1	2	$77,334	$12,400	EPS002	2	$77,334	$3,100	CCF22	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	6.960%	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
3	CC	1070917966	RAMIREZ MARTINEZ DANIEL EDUARDO																			23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
4	CC	9024214	RIOS BARRIOS JOSE CARLOS																			23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
5	CC	1085180602	RUIDIAZ ALCENDRA JOSE RICARDO																			23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
6	CC	1012426270	SALAMANCA REINA DEIVER EDUARDO	X																		23030 1	2	$77,334	$12,400	EPS002	2	$77,334	$3,100	CCF22	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	6.960%	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
Total			**Afiliados(6)**																					$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800

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 900834663	7	JACOLEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CALLE 66 A No. 96-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6619769	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-12	352302462	9460560207	E	2023/12/15	2023/12/21	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,493,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$767,200	$4,600	$0	$771,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$198,000	$1,200	$0	$199,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$383,600	$2,300	$0	$385,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$334,000	$2,000	$0	$336,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$334,000	$2,000	$0	$336,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$191,800	$1,200	$0	$193,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	6	$191,800	$1,200	$0	$193,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				6	$191,800	$1,300	$0	$193,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$46,400	$300	$0	$46,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$46,400	$300	$0	$46,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$46,400	$300	$0	$46,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$6,200	$100	$0	$6,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$300	$0	$46,700
TOTAL				**6**	**$1,484,800**	**$9,100**	**$0**	**$1,493,900**

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-101

Bogotá, D.C, 15 de enero de 2024

Señores
Secretaria Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia Bogotá D.C.
Atn. Coronel Ruiz Eslava Leonardo
Jefe de Estado Mayor y Segundo Brigada 13
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Autorización ingreso personal interventoría Cantón Norte.

Respetados señores:

Por medio de la presente, TOTALL INC SAS BIC en calidad de interventoría, dando cumplimiento al contrato de referencia nos permitimos solicitar autorización ingreso para personal de interventoría que apoyan las actividades de mantenimiento de la SDSCJ, la relación de personal es:

PERSONAL DE INTERVENTORIA		
PERFIL	*NOMBRE DEL PROFESIONAL*	CC
Director de Interventoría	*FERNANDO JIMÉNEZ POLO*	79.542.174
Apoyo a la dirección	*EOBALDO DIAZ MARTINEZ*	77.013.726
Residente de interventoría	*MARIA PIEDAD ESPINOSA VIRGÜEZ*	52.227.017
Residente de interventoría	*REDONDO PEÑA ALEXIS*	3.759.678
Inspector 1	*BAQUERO CORREDOR CRISTIAN*	1.015.423.618

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

	CAMILO	
Inspector 2	*FORERO BELTRAN DIEGO ALEXIS*	80.176.970
Inspector 3	*JAIME ALBERTO RODRIGUEZ SASTRE*	79.305.476
Inspector 4	*YEISON DANILO DURAN BARBOSA*	1.004.350.225

Agradezco su amable atención

Sin otro particular;

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexo:
- Diesiseis (16) archivos PDF – 2.53 MB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-102

Bogotá, D.C, 16 de Enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)

Cordial saludo:

En el marco de las obligaciones contractuales en relación a la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

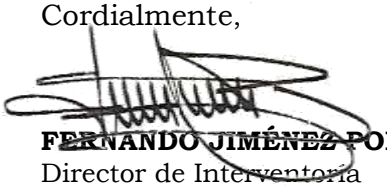
No.	NOMBRE	CÉDULA
1	EDWARD AUGUSTO SOLAQUE RODRIGUEZ	79.393.547
2	LUIS CARLOS RIVILLO BALLEN	79.387.044
3	WILBER HERNANDO LESMES WILCHES	80.844.241
4	JAMES GONZALEZ VARGAS	79.919.406
5	IVAN ORLANDO RAMIREZ ALVAREZ	1.024.579.272

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

6	EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA	1.024.483.375
7	HUGO ARMANDO MENDOZA MINA	1.015.996.352
8	CIRILO BERMEJO HERRERA	73.561.565
9	FELIX ALFONSO MIRANDA BARRERA	1.063.647.973

Sin otro particular;

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79393547

SOLAQUE RODRIGUEZ
APELLIDOS

EDWARD AUGUSTO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

30-NOV-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500119-42091955-M-0079393547-20011203 03473 01333A 01 111777680

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000434273

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 17/08/2023 14:09:43

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWARD AUGUSTO SOLAQUE RODRIGUEZ **C.C** 79393547

EDAD 58 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

ALTURAS / ALT AUDITIVA

RECOMENDACIONES

CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.387.044**
RIVILLO BALLEN

APELLIDOS
LUIS CARLOS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1965**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-AGO-1984 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209476-M-0079387044-20100118 **0020**034861A 1 1990108566

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000413411

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 27/04/2023 11:53:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS CARLOS RIVILLO BALLEN **C.C** 79387044

EDAD 57 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** MAESTRO DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

EVITAR EXPOSICION AL RUIDO SUPERIOR A 85 DB

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
VALORACION OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80844241

LESMES WILCHES
APELLIDOS

WILBER HERNANDO
NOMBRES

Wilber Hernando Lesmes
FIRMA

11-92



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

26-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500103-42110557-M-0080844241-20030722 0102003203A 01 140647886

Correo= wilber.lesmes@hotmail.co

tel = 3144833236

Direccion= transversal 20D #69H 46 sur

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000447382

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 26/10/2023 08:02:30

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: WILBER HERNANDO LESMES WILCHES **C.C** 80844241

EDAD 38 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

ALTURAS / ALT AUDITIVA

RECOMENDACIONES

CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / OPTOMETRIA
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

wilber lesmes

FIRMA DEL PACIENTE





FIRMA DEL ESPECIALISTA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1980
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
02-FEB-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00185166-M-0079919406-20091011
0017088087A 1
1480041961


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.919.406
GONZALEZ VARGAS
APELLIDOS
JAMES
NOMBRES
FIRMA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000441175

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/09/2023 09:45:48

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JAMES GONZALEZ VARGAS **C.C** 79919406

EDAD 43 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** PINTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.579.272
RAMIREZ ALVAREZ
APELLIDOS

IVAN ORLANDO
NOMBRES

Ivan Ramirez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

24-MAR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00684331-M-1024579272-20150406 0043702056A 1 44064505

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000377894

Régimen : RÉGIMEN

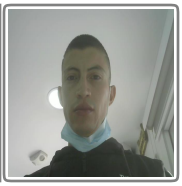
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/11/2022 11:38:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: IVAN ORLANDO RAMIREZ ALVAREZ **C.C** 1024579272

EDAD 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE DRYWALL



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA - ORTOPTICA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Ivan Ramirez

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79393547

SOLAQUE RODRIGUEZ
APELLIDOS

EDWARD AUGUSTO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

30-NOV-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500119-42091955-M-0079393547-20011203 03473 01333A 01 111777680

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000434273

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 17/08/2023 14:09:43

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWARD AUGUSTO SOLAQUE RODRIGUEZ **C.C** 79393547

EDAD 58 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

ALTURAS / ALT AUDITIVA

RECOMENDACIONES

CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	377241499	9461142050	E	2024/01/03	2024/01/04	BANCOLOMBIA		$5,033,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER																		231001	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
2	CC	1121902802	FELIX ELIECER																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
3	CC	1023931367	GONZALEZ CRISTIAN																		25-14	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
4	CC	79919406	GONZALEZ JAMES																		230201	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
5	CC	1023870143	JIMENEZ JULIO																		230301	30	$185,600	EPS005	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
6	CC	1021667240	JIMENEZ KEVIN																		25-14	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
7	CC	1023870141	JIMENEZ OMAR																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
8	CC	80844241	LESMES WILBER																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
9	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
10	CC	1030578618	RIVILLO JULY																		231001	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
11	CC	79387044	RIVILLO LUIS																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
12	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI																		230201	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
13	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
14	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(14)**																						$2,598,400			$649,600			$649,600				$1,131,200		$0		$5,028,800

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	377241499	9461142050	E	2024/01/03	2024/01/04	BANCOLOMBIA		$5,033,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$2,598,400	$0	$2,601,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$742,400	$0	$743,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$742,400	$0	$743,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$556,800	$0	$557,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$556,800	$0	$557,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$1,131,200	$0	$1,132,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$1,131,200	$0	$1,132,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$649,600	$0	$650,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	14	$649,600	$0	$650,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$649,600	$0	$650,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$92,800	$0	$92,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$92,800	$0	$92,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$185,600	$0	$185,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$232,000	$0	$232,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$0	$46,500
TOTAL				**14**	**$5,028,800**	**$0**	**$5,033,900**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.015.996.352

MENDOZA MINA

APELLIDOS

HUGO ARMANDO

NOMBRES

Hugo Mendoza Mina

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

23-AGO-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01077786-M-1015996352-20190628 **0065**43314A 1 9908432174

Medellín, 13 de enero de 2024

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

CERTIFICA:

Que HUGO ARMANDO MENDOZA MINA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015996352 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RUSSI LADINO GEORGY PAOLO C1032421356

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: 0000000020 - SECRETARIA DE JUSTICIA

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), 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.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10324213562401346412

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: 13/01/2024 12.53 PM

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:

HUGO ARMANDO MENDOZA MINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.996.352**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre 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.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-15

Nombres y apellidos: HUGO ARMANDO MENDOZA MINA
Fecha de nacimiento: 14/10/1985
Empresa: RUSSI LADINO GEORGY PAOLO
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE OBRA

CC: 1015996352
Edad: 38 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-15 / 07:28:38
Fecha salida: 2024-01-15 / 10:11:55



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN:

RECOMENDACION : CONTROL MEDICO PERFIL LIPIDICO EPS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



JORGE LEONARDO DIAZ MOLINA
RM: 1047418507
Firma y sello del médico

HUGO ARMANDO MENDOZA MINA
CC: 1015996352
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 73.561.565
BERMEJO HERRERA
APELLIDOS
CIRILO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1973
CLEMENCIA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

27-JUL-1991 SANTA CATALINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00871665-M-0073561565-20161214 0052644125A 1 1104196059

Medellín, 13 de enero de 2024

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

CERTIFICA:

Que CIRILO BERMEJO HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 73561565 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RUSSI LADINO GEORGY PAOLO C1032421356

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: 0000000020 - SECRETARIA DE JUSTICIA

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), 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.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10324213562401346314

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: 13/01/2024 12.51 PM

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:

CIRILO BERMEJO HERRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.561.565**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Octubre 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.

Dra. Deysy López Castro
MÉDICA ESP. SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA:	8/09/2023
NOMBRE DE LA EMPRESA:	GEORGY PAOLO RUSSI LADINO
CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR:	AYUDANTE

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES:	CIRILO	**APELLIDOS:**	BERMEJO HERRERA
TIPO IDENTIFICACION:	CC	**IDENTIFICACION:**	73561565
TELEFONO:	3157664722	**F. NACIMIENTO:**	4/02/1973
EDAD:	50	**ARL:**	SURA
EPS:	FAMISANAR	**AFP:**	PORVENIR
GENERO:	MASCULINO		

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - AUTO CUIDADO - HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
EJERCICIO FISICO - CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo con los riesgos laborales prioritarios para el cargos definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta médica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional médico para que me sea realizado el presente examen médico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta médica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica de la empresa para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad médica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

MEDICO EVALUADOR



DEYSY MAYERLIN LOPEZ CASTRO
LSO. 2195-16 RM 52-0529

TRABAJADOR

CIRILO
CC

BERMEJO HERRERA
73561565


FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1988
LOS CORDOBAS
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.86
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
28-NOV-2006 LOS CORDOBAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1302300-38156484-M-1063647973-20070209
03286 07040O 02 221130324


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.063.647.973
MIRANDA BARRERA
APELLIDOS
FELIX ALFONSO
NOMBRES
Felix A. MIRANDA
FIRMA

Medellín, 13 de january de 2024

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

CERTIFICA:

Que FELIX ALFONSO MIRANDA BARRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1063647973 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/01/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RUSSI LADINO GEORGY PAOLO C1032421356

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: 0000000020 - SECRETARIA DE JUSTICIA

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

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

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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: 13/01/2024 12.49 PM

Dra. Deysy López Castro
MÉDICA ESP. SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA:	8/09/2023
NOMBRE DE LA EMPRESA:	GEORGY PAOLO RUSSI LADINO
CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR:	OFICIAL

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES:	FELIX ALFONSO	**APELLIDOS:**	MIRANDA BARRERA
TIPO IDENTIFICACION:	CC	**IDENTIFICACION:**	10063647973
TELEFONO:	3118874567	**F. NACIMIENTO:**	17/02/1988
EDAD:	35	**ARL:**	SURA
EPS:	FAMISANAR	**AFP:**	COLFONDOS
GENERO:	MASCULINO		

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - AUTO CUIDADO - HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
EJERCICIO FISICO - CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo con los riesgos laborales prioritarios para el cargos definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta médica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional médico para que me sea realizado el presente examen médico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta médica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica de la empresa para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad médica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

MEDICO EVALUADOR

Deysy M. López Castro
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52-0529 LIC. 2195

DEYSY MAYERLIN LOPEZ CASTRO
LSO. 2195-16 RM 52-0529

TRABAJADOR

FELIX ALFONSO
CC

MIRANDA BARRERA
10063647973

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-103

Bogotá, D.C, 16 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Acompañamiento y aprobación en apertura de frentes 17-01-2024.

Cordial saludo:

En el marco de las obligaciones contractuales y en relación a la información remitida por ustedes en el oficio 0066-1805-SCJ (ASUNTO: APERTURA DE FRENTES), se informa que esta interventoría realizará el acompañamiento y supervisión, como también aprueba la apertura de los frentes ESTACION DE POLICIA CIUDAD BOLIVAR a las 8:00 am y CASA DE JUSTICIA CIUDAD BOLIVAR a las 11:00 am, el día 17 de enero de 2024, donde asistirá el siguiente personal de Interventoría:

PERSONAL DE INTERVENTORIA		
PERFIL	*NOMBRE DEL PROFESIONAL*	CC
Residente de interventoría	*MARIA PIEDAD ESPINOSA VIRGÜEZ*	52.227.017
Inspector 3	*JAIME ALBERTO RODRIGUEZ SASTRE*	79.305.476

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMENEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

C.C Eduin Antonio Moreno Shet – Supervisor de contrato – SDSCJ.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-104

Bogotá, D.C, 17 de enero de 2023

Señores

SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA INTERVENTORÍA CONTRATO No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023).

Respetados señores:

En el marco de las obligaciones previas a la suscripción del acta de inicio ESTIPULACIONES CONTRACTUALES - CLAUSULA TERCERA. - PLAZO DE EJECUCIÓN Adquiridas mediante la suscripción del contrato de interventoría No SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023), TOTALL INC SAS BIC, se permite remitir hoja de vida actualizada del perfil mínimos exigidos para el PROFESIONAL EN PRESUPUESTOS, PROGRAMACIÓN Y CONTROL definido en los pliegos de condiciones. Esto con el objetivo de someterlas a su revisión y aprobación correspondiente.

PERSONAL NUEVO			*PERSONAL ANTERIOR*		
PERFIL	*NOMBRE DEL PROFESIONAL*	CC	PROFESION	NOMBRE DE PROFESIONAL	CC
Profesional en presupuestos, programación y control	*EOBALDO JOSE DIAZ MARTINEZ*	77.013.726	*Profesional en presupuestos, programación y control*	JUAN CARLOS MORALES RIVERA	79.955.903

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

Sin otro particular agradecemos de antemano su atención y quedamos a disposición para cualquier consulta o aclaración adicional.

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:

- Un (1) Archivo PDF – 18 MB – noventa y tres (93) folios.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÌA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-105

Bogotá, D.C, 17 de enero de 2024

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. **Eduin Antonio Moreno Shet**
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

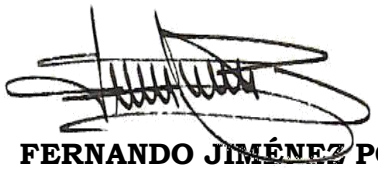
ASUNTO: RADICACIÓN INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA No.3 V1 CONTRATO No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023).

Cordial saludo,

Por medio del presente comunicado y dando cumplimiento integral a las obligaciones contractuales, se presenta informe mensual de interventoría No.3 correspondiente al periodo DICIEMBRE 01 DE 2023 A DICIEMBRE 31 DE 2023. El cual contiene su respectivo anexo técnicos, ambiental y SST, establecidos en los pliegos de condiciones.

Sin otro particular.

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:
- Un (1) Archivo comprimido .zip – 228.6 MB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-106

Bogotá, D.C, 17 de enero de 2023

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

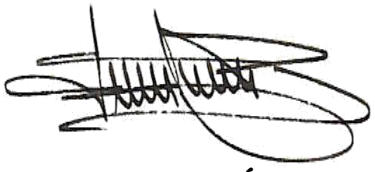
REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS".

ASUNTO: REMISÍON ACTA DE COBRO DE INTERVENTORÍA No 03.

Respetados señores:

En cumplimiento de nuestras obligaciones como interventoría, nos permitimos remitir en medio electrónico, el acta de cobro de interventoría No 03, la cual en adjunto contiene el informe mensual de interventoría No 03 con los correspondientes soportes, correspondiente al mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:
- Un (1) Archivo .zip – 232.7 MB – "3. ACTA COBRO DIC 003".

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-108

Bogotá, D.C, 17 de enero de 2024

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

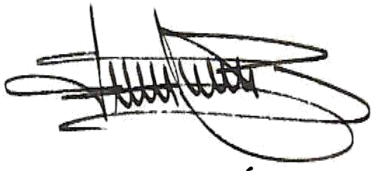
ASUNTO: RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 14 DE INTERVENTORIA.

Respetados señores:

Por medio del presente, esta interventoría se permite remitir el informe semanal de interventoría No.14, correspondiente al contrato No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023), garantizando el cumplimiento del componente contractual a la CLÁUSULA OCTAVA. – OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA. El periodo del informe semanal se relaciona a continuación:

- **Informe semanal No.14:** 08/01/2024 al 14/01/2024

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:
- Un (1) Archivo PDF – 1,871 KB – diecisiete (17) Folios
- Un (1) Archivo Exel – 95,289 KB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-109

Bogotá, D.C, 18 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Respuesta oficio 0060-1805-SCJ RADICACION INFORME HIDRAULICO BOMBAS URI.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría se permite emitir respuesta sobre el oficio 0060-1805-SCJ RADICACION INFORME HIDRAULICO BOMBAS URI, la cual contiene el respectivo concepto y observaciones del profesional especialista hidráulico por parte de interventoría.

De acuerdo a lo anterior, favor dar respuesta en los dos (2) días calendarios apartir de la presente comunicación.

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- Anexo 1: COCEPTO DIAGNOSTICO URI EQUIPOS PUENTE ARANDA TOLTALL –Archivo PDF 216 KB – Dso (2) Folios.

- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

Bogotá 18 de enero 2024

Señores

TOTALL IBC SAS BIC INTERVENTOR
ATT ARQ FERNANDO JIMENEZ POLO

Directora interventoría

Ref: CONTRATO DE OBRA No.SCJ-1805-2023"REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS"

CONCEPTO: INFORME DIAGNOSTICO HIDRAULICO BOMBAS URI

MARCO LEGAL

Todas las revisiones, análisis, ajustes se deben enmarcar bajo un marco legal y en las observaciones se debe hacer referencia a la norma:

- NTC 1500 – Código Colombiano De Instalaciones Hidráulicas y Sanitarias – sexta actualización.

ANALISIS INFORMACION PRESENTADA

La información presentada es un análisis visual del estado de los equipos sin un reporte técnico, ni una ayuda visual.

Por lo anterior el diagnostico debe contemplar

- Características técnicas de las bobas, (foto de la Placa), caudal y altura dinámica.
- Un esquema básico de la distribución de las bombas, apoyo grafico (foto, o esquema).
- Una relación de todos los elementos de control y fuerza, con apoyo gráfico.
- Diámetros de tubería de succión y descarga, acometida y bay pas.

Análisis hidráulico

Hallazgos:

•El equipo de suministro de agua potable se encuentra con dos motobombas trabajando con muy poco descanso debido a la alta demanda de agua, ya que estas abastecen la URI de puente Aranda, la estación de policía y el CTP, por lo que adicionalmente siempre se prenden y apagan ambas al tiempo, ya que una sola motobomba no es capaz de entregar el flujo y presión necesario para abastecer la demanda. Del mismo modo este trabajo excesivo genera recalentamiento en guardamotores contactores y cableados de potencia internos de tablero de control, y cada vez que una motobomba por alguna razón falla, los tres complejos entran en crisis por falta de agua.

- Esta condición manifestada debe validarse con el caudal requerido (unidades sanitarias), con presión requerida punto crítico (ruta crítica de distribución), donde se debe determinar si la deficiencia es por caudal (diámetro), o por presión (bombeo)
- Se de indicar la condición por que el sistema de incendio esta fuera de servicio, por condiciones del equipo o condiciones de las redes.

Cordialmente,



ING. OMAR ARCHILA MENDOZA
Asesor Especialista hidráulico
M.P.: 25202088535 cnd

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-110

Bogotá, D.C, 22 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)

Cordial saludo:

En el marco de las obligaciones contractuales en relación a la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

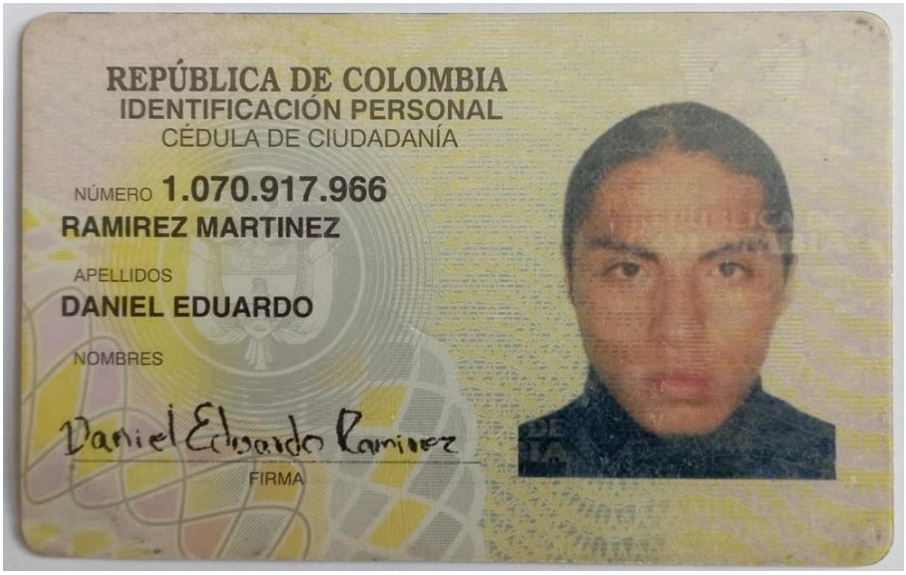
No.	NOMBRE	CÉDULA
1	DANIEL EDUARDO RAMIREZ MARTINEZ	1.070.917.966
2	LUIS ENRIQUE GARZON NIÑO	79.396.904
3	RONALD CAMILO PIZA GALINDO	1.000.782.269
4	FLORENTINO RAVELO ESTEPA	11.441.077
5	JOHN EDISSON VILLAMIL PEÑA	1.073.669.763

6	NIXON ALBERT BELLO SOLORZANO	79.949.512
7	WILSON IGNACIO SALAMANCA GONZALEZ	1.014.178.330
8	JOSE JUVENAL GIRON GIRON	79.517.592
9	BRAYAN ALEXANDER CARDONA WILCHES	1.024.576.320
10	IVAN CAMARGO RODRIGUEZ	1.073.705.623
11	DAVID ALEJANDRO MUÑOZ RODRIGUEZ	1.000.782.970
12	BREIMER ESTEBAN TIBAQUE PORRAS	1.010.160.190
13	ANGEL CUSTODIO NAJAR CARO	79.822.447
14	ALIRIO DE JESUS NAJAR CARO	79.820.351
15	JOSE ISRAEL REY VELASQUEZ	11.385.463
16	NUMAEL CUERVO GARCIA	79.406.601

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.070.917.966**

RAMIREZ MARTINEZ

APELLIDOS

DANIEL EDUARDO

NOMBRES

Daniel Eduardo Ramirez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

02-MAR-2007 COTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1504600-01077763-M-1070917966-20190627 **00656**24949A 1 9908880163

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 900834663	7	JACOLEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CALLE 66 A No. 96-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6619769	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-12	352302462	9460560207	E	2023/12/15	2023/12/21	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,493,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OFICINA (6 Afiliados)																								$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800
Centro de Trabajo: RIESGOS5 (6 Afiliados)																								$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800
1	CC	80775680	LIZARAZO PEREIRA NELSON MAURICIO																			23100 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
2	CC	79222265	MORA MENDEZ WILSON MAURICIO	X																		23100 1	2	$77,334	$12,400	EPS002	2	$77,334	$3,100	CCF22	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	6.960%	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
3	CC	1070917966	RAMIREZ MARTINEZ DANIEL EDUARDO																			23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
4	CC	9024214	RIOS BARRIOS JOSE CARLOS																			23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
5	CC	1085180602	RUIDIAZ ALCENDRA JOSE RICARDO																			23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
6	CC	1012426270	SALAMANCA REINA DEIVER EDUARDO	X																		23030 1	2	$77,334	$12,400	EPS002	2	$77,334	$3,100	CCF22	2	$77,334	$3,100	14-23	2	$77,334	6.960%	$5,400	2	$0	$0	Si	$24,000
Total			**Afiliados(6)**																					$4,794,668	$767,200			$4,794,668	$191,800			$4,794,668	$191,800			$4,794,668		$334,000		$0	$0		$1,484,800

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 900834663	7	JACOLEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CALLE 66 A No. 96-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6619769	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-12	352302462	9460560207	E	2023/12/15	2023/12/21	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,493,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$767,200	$4,600	$0	$771,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$198,000	$1,200	$0	$199,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$383,600	$2,300	$0	$385,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$334,000	$2,000	$0	$336,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$334,000	$2,000	$0	$336,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$191,800	$1,200	$0	$193,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	6	$191,800	$1,200	$0	$193,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				6	$191,800	$1,300	$0	$193,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$46,400	$300	$0	$46,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$46,400	$300	$0	$46,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$46,400	$300	$0	$46,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$6,200	$100	$0	$6,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$300	$0	$46,700
TOTAL				**6**	**$1,484,800**	**$9,100**	**$0**	**$1,493,900**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.396.904**

GARZON NIÑO

APELLIDOS

LUIS ENRIQUE

NOMBRES



Luis Enrique

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1966**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

30-NOV-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00758095-M-0079396904-20151027 **0047**187483A 2 1543545371

Powered by CamScanner

Medellín, 15 de January de 2024

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 STOR CONSTRUCCIONES 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 %	
C79396904	GARZON NIÑO LUIS ENRIQUE	16/01/2024		146U1281	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 15/01/2024 19:14:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.207.11, 192.230.104.10, 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
4011563224	1|5|0|1|2|0|2|4

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			
GARZON Primer apellido	NIÑO Segundo apellido	LUIS Primer nombre	ENRIQUE Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79396904	Femenino ☐ Masculino ☒	1|4|0|5|1|9|6|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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CR 10 H ESTE 27 21 SUR... **Dirección**	**Telefono fijo**	3123754573 **Telefono celular**	LUIS.GARZON15@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**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 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)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901448807	01

39.Ubicación

CR 44 A 78 72 SUR Dirección	6500000 Teleéfono	STORCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011563224

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|5|0|1|2|0|2|4

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:

LUIS ENRIQUE GARZON NIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.396.904**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

24-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01132246-M-1000782269-20200217 **00701**12359A 1 9911910348



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.782.269**

PIZA GALINDO

APELLIDOS

RONALD CAMILO

NOMBRES

Ronald P. Galindo

FIRMA

Medellín, 14 de January de 2024

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 STOR CONSTRUCCIONES 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 %	
C1000782269	PIZA GALINDO RONALD CAMILO	15/01/2024		d150I141	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 14/01/2024 09:27:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.61.154, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2561225

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901448807 STOR CONSTRUCCIONES SAS
Afiliado	CC 1000782269 RONALD CAMILO PIZA GALINDO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 44A # 78 - 72 SUR
Fecha de ingreso	14/01/2024
Fecha de radicación	14/01/2024 09:30:47 a.m.
Código de Transacción	170693549
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2024

Fecha de generación 14/01/2024

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PIZA GALINDO RONALD CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.000.782.269** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de noviembre de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de enero de 2024.

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

2024011409250

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000460904

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 12/01/2024 12:08:50

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RONALD CAMILO PIZA GALINDO **C.C** 1000782269

EDAD 22 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.441.077
RAVELO ESTEPA
APELLIDOS
FLORENTINO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1975
SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
31-OCT-1994 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00009541-M-0011441077-20080530 0000332011A 1 1600011255

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	239	17/01/2024	CC 11441077	RAVELO ESTEPA FLORENTINO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

06CD5E0262F08E21C43A62C2847409A1 Certificado impreso el día 1/16/2024 7:37:16 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

FLORENTINO
RAVELO ESTEPA
11441077

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010738202
9010738202

No. de Radicación: 27286020
Fecha de Radicación: 17 01 2024

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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	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
RAVELO	ESTEPA	FLORENTINO	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11441077	Femenino [ ] Masculino [X]	21 11 1975

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]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.300.000			

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	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	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)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y	NT	901378317	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 57Z 75D 10 SUR CASA 51	3209054734		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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	16 01 2024

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: AYUDANTE DE OBRA

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAVELO ESTEPA FLORENTINO** identificado(a) con **CC** número **11.441.077** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de agosto de 2001 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de enero de 2024.

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

2024011607393

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.073.669.763

NUMERO

VILLAMIL PEÑA

APELLIDOS

JOHN EDISSON

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1986

SOACHA

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-JUL-2004 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1524700-39129841-M-1073669763-20041020 05995 04294B 02 158000091

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	236	27/12/2023	CC 1073669763	VILLAMIL PEÑA JOHN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

45177E0B366BF3F6251665D9259162B8 Certificado impreso el día 12/26/2023 7:01:48 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JOHN EDISSON
VILLAMIL PEÑA
1073669763

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010675501
9010675501

No. de Radicación: 27200028
Fecha de Radicación: 27 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: VILLAMIL	Segundo Apellido: PEÑA	Primer Nombre: JOHN	Segundo Nombre: EDISSON

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1073669763	Femenino [ ] Masculino [X]	06 07 1986

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]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

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

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

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	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	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)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y	NT	901378317	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 57Z 75D 10 SUR CASA 51	3209054734		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	27 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 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 [ ] Total [ ]
Cantidad:

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: TECNICO EN ELECTRICIDAD

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:

JOHN EDISSON VILLAMIL PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.669.763**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 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.

SEINT SALUD I.P.S S.A.S
NIT: 901028266-2
Dirección: Cra 70 # 22 Sur - 23, Bogotá - Colombia
Email: gerencia@seintsalud.com
PBX: 601 745 6123 Celular: 316 335 2739
LIC. SO 4513 del 27/04/2017

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.002

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
VILLAMIL PEÑA JHON EDISSON	CC (Tipo)	1073669763 (Número)	06/07/1986	37 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
TECNÓLOGO	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
ELECTRICISTA	**27/12/2023 06:41:26 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos): **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PRESENTA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA. APTO PARA TRABAJAR.

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

Médico



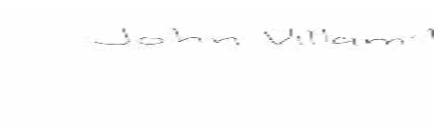
Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
O136U1A43002

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VILLAMIL PEÑA JHON EDISSON

CC: 1073669763



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	237	10/01/2024	CC 79949512	BELLO SOLORZANO NIXON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

CA45D50083E81C2234482F742FEE2A0A Certificado impreso el día 1/9/2024 11:22:50 AM por el portal de empresas Edesk

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NIXON ALBER BELLO SOLORZANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 79949512, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS NIT 901378317, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240109	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Enero de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
SOLICITUD EMPRESA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: RUTH MILENA MONROY
23845861

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

NIXON ALBER
BELLO SOLORZANO
79949512

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

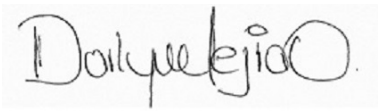
Este carné es personal e intransferible.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NIXON ALBER BELLO SOLORZANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79949512,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.178.330
SALAMANCA GONZALEZ
APELLIDOS
WILSON IGNACIO
NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1524700-01277428-M-1014178330-20220124 0077912834A 1 8503784593

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	240	17/01/2024	CC 1014178330	SALAMANCA GONZALEZ WILSON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

06CD5E0262F08E21C43A62C2847409A1 Certificado impreso el día 1/16/2024 7:41:57 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

WILSON IGNACIO
SALAMANCA GONZALEZ
1014178330

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010738192
9010738192

No. de Radicación: 27286007
Fecha de Radicación: 17 01 2024

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
SALAMANCA	GONZALEZ	WILSON	IGNACIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1014178330	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 01 M M 05 A A A A 1984

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]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.300.000			

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	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	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)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y	NT	901378317	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 57Z 75D 10 SUR CASA 51	3209054734		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 D 16 M M 01 A A A A 2024

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 [ ] Total [ ]
Cantidad:

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

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:

WILSON IGNACIO SALAMANCA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.178.330**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Enero del 2024.

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
79.517.692
GIRON GIRON
JOSE JUVENAL


28-OCT-1968
ORTEGA
(TOLIMA)
1.70
O+
M
19-OCT-1987 BOGOTA D.C.

Medellín, 15 de January de 2024

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 STOR CONSTRUCCIONES 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 %	
C79517692	GIRON GIRON JOSE JUVENAL	16/01/2024		17234114	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 15/01/2024 18:57:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.207.11, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	17012024

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
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [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 [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GIRON	GIRON	JOSE	JUVENAL

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79517692	Femenino [ ] Masculino [X]	28 10 1968

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. Ingresos base de cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 54 G N 23 10		3245681087	GIRON.GIRON2023@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
ACACIAS	Urbana [X] Rural [ ]	CENTRO	META

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

19. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24. Apellidos y nombres completos

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

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

RADICADO
17-01-2024
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

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 a pensiones (a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901448807	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 44 A N 78 72 SUR	3134993977	STORCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	VILLAVICENCIO	META

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		15 01 2024

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.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GIRON GIRON JOSE JUVENAL** identificado(a) con **CC** número **79.517.692** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de enero de 2024.

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

2024011518563

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.576.320**

CARDONA WILCHES

APELLIDOS

BRAYAN ALEXANDER

NOMBRES

Brayan Cardona

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-OCT-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00652764-M-1024576320-20141218 **0042**06445A 1 41149124

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 15 de January de 2024

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 STOR CONSTRUCCIONES 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 %	
C1024576320	CARDONA WILCHES BRAYAN ALEXANDER	16/01/2024		210V2013	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 15/01/2024 18:43:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.207.11, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	17012024

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
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [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 [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
CARDONA (Primer apellido)	WILCHES (Segundo apellido)	BRAYAN (Primer nombre)	ALEXANDER (Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1024576320	Femenino [ ] Masculino [X]	13 10 1996

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. Ingresos base de cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.300.000

18. Residencia			
CALLE 54 G N 73 97 (Dirección)	Teléfono	3123567012 (Teléfono celular)	BRAYANCARDONA@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)

ACACIAS (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	CENTRO (Localidad/Comuna)	META (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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de 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						

RADICADO
17-01-2024
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

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 a pensiones (a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901448807	

39. Ubicación					
CRA 44 A N 78 72 SUR (Dirección)	3134993977 (Teléfono)	STORCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM (Correo electrónico)	VILLAVICENCIO (Municipio/Distrito)	META (Departamento)	

VIGILADO Superintendencia

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		15 01 2024

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.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

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:

BRAYAN ALEXANDER CARDONA WILCHES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.576.320**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2024.

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, 17 de Enero de 2024

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, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1073705623	CAMARGO RODRIGUEZ IVAN	17/01/2024		94213200	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C796044992401728728

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 17/01/2024 07:58:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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

9010739137
9010739137

No. de Radicación: 27287375
Fecha de Radicación: 17 01 2024

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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	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
CAMARGO	RODRIGUEZ	IVAN	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1073705623	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 08 M M 03 A A A A 1993

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
$1.300.000			

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	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	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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad D D 17 M M 01 A A A A 2024

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

IVAN CAMARGO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.705.623**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2024.

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:30:20 PM horas del 17/01/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073705623**
Apellidos y Nombres: **CAMARGO RODRIGUEZ IVAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Medellín, 17 de Enero de 2024

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, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1073705623	CAMARGO RODRIGUEZ IVAN	17/01/2024		94213200	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C796044992401728728

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 17/01/2024 07:58:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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

9010739137
9010739137

No. de Radicación: 27287375
Fecha de Radicación: 17 01 2024

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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	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
CAMARGO	RODRIGUEZ	IVAN	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1073705623	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 08 M M 03 A A A A 1993

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
$1.300.000			

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	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	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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad D D 17 M M 01 A A A A 2024

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

IVAN CAMARGO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.705.623**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2024.

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, 17 de Enero de 2024

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, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1000782970	MUÑOZ RODRIGUEZ DAVID ALEJANDRO	17/01/2024		20817539	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C796044992401728771

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 17/01/2024 07:59:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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
4011582569	1|7|0|1|2|0|2|4

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:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
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			
MUÑOZ Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	DAVID Primer nombre	ALEJANDRO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1000782970	Femenino ☐ Masculino ☒	0|2|0|3|2|0|0|0

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	1300000

18.Residencia

CR 32 42 A 66 **Dirección**	**Telefono fijo**	3008219133 **Telefono celular**	DAVID45300@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**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 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)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	NIT	901095872	01

39.Ubicación

DG 48 J SUR 130 IN 18 CA 43 Dirección	6898767 Teleéfono	RDLAFILIACIONES@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011582569

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|7|0|1|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
ESS091	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 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

David Muñoz R	
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: | | | | 1 | | | | | | | Total: 1

- ☐ **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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
MUÑOZ	**RODRIGUEZ**	**DAVID**	**ALEJANDRO**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1000782970	RC TI **X** CE PA	**2000 03 02**	**X** F	**2024 17 01**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: DAVID ALEJANDRO MUÑOZ RODRIGUEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1000782970, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico david45300@hotmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): David Muñoz

Nombres y Apellidos: DAVID ALEJANDRO MUÑOZ RODRIGUEZ

Número de identificación: 1000782970

Fecha de diligenciamiento
2024 17 01

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co*, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

David Muñoz

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 1000782970

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS-S

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:

DAVID ALEJANDRO MUÑOZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.782.970**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2024.

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.

.CO

0232098879



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0232098798072 77<<<<<<<<<<<<
0208242M3305256COL10101601 90<8
TIBAQUE<PORRAS<<BREIMER<ESTEBA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.010.160.190



Apellidos
TIBAQUE PORRAS

Nombres
BREIMER ESTEBAN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.64	M

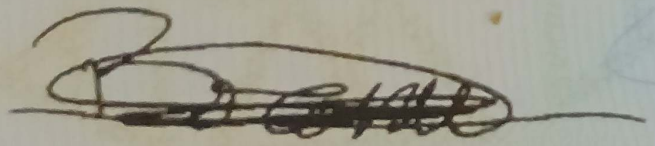
Fecha de nacimiento
24 AGO 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
07 SEPT 2020, SOGAMOSO

Firma



Fecha de expiración
25 MAYO 2033

Medellín, 17 de January de 2024

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 %	
C1010160190	TIBAQUE PORRAS BREINER ESTEBAN	18/01/2024		18129492	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 17/01/2024 07:46:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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
4011583026	1|7|0|1|2|0|2|4

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			
TIBAQUE Primer apellido	PORRAS Segundo apellido	BREIMER Primer nombre	ESTEBAN Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1010160190	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|0|8|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1300000

18.Residencia

CR 34 55 22 SUR **Dirección**	**Telefono fijo**	3224262198 **Telefono celular**	BREIMER5647@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**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 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)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	NIT	901095872	01

39.Ubicación

DG 48 J SUR 130 IN 18 CA 43 Dirección	6898760 Teleéfono	RDLAFILIACIONES@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011583026

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|7|0|1|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS008	2	

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

Breimer Tibaque	
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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ **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:

BREIMER ESTEBAN TIBAQUE PORRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.160.190**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2024.

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.

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD…

ISO 9001 icontec CO-SC-6873-1 — IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM — SERVICIO DE SALUD HABILITADO DHS220584

35/000433344642

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000433344642 **Fecha:**17/01/2024 **EPS:** COMPENSAR
Paciente: BREIMER ESTEBAN TIBAQUE PORRAS **Identificación:** 1.010.160.190 **Edad:** 21 Años
Empresa: CONSTRUCCIONES RDL SAS NIT.901095872-1 **Cargo**: OFICIAL DE OBRA

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN ALTERACIONES
4	HEMOCLASIFICACION	**O+** (POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SIN ALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SIN ALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**: 63 .KG **ESTATURA:** 1.65 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Aprobado con restricciones:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.
CUIDADO CARDIOVASCULAR- EJERCICIO DIETA SANA
APLICAR LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS PARA RESCATE EN ALTURAS.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ○ AUDITIVO: ○ RESPIRATORIO: ○ CARDIOVASCULAR: ○ PSICOSOCIAL: ○ MUSC/ESQUELETICO ○ NINGUNO ✓

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( ) SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012 :

SI: ✓ **NO:** ○

Jim Roger Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

cumple tu papel

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.822.447

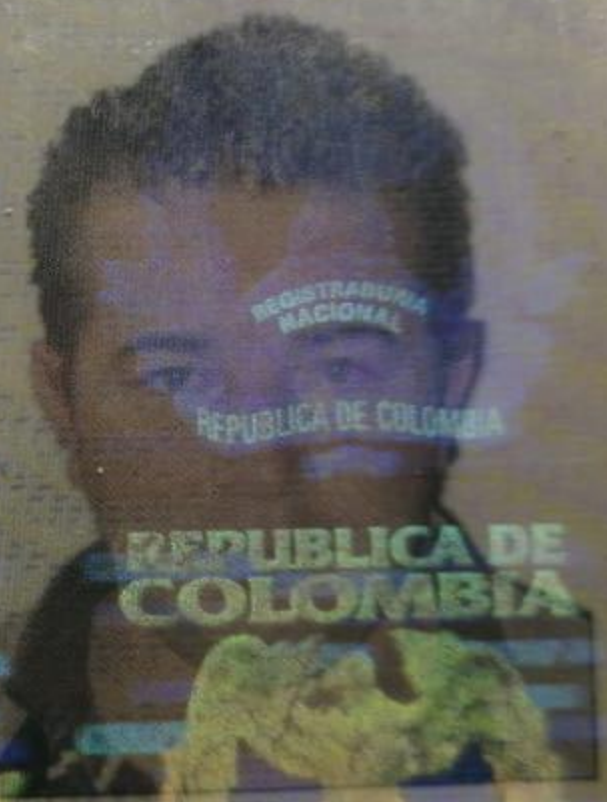
NAJAR CARO

APELLIDOS

ANGEL CUSTODIO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1976**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00095601-M-0079822447-20081014 **0004**73643A 1 1440012746

Medellín, 17 de January de 2024

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 %	
C79822447	NAJAR CARO ANGEL CUSTODIO	18/01/2024		6225N³18	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 17/01/2024 07:49:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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
4011582848	1|7|0|1|2|0|2|4

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:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
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			
NAJAR Primer apellido	CARO Segundo apellido	ANGEL Primer nombre	CUSTODIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79822447	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|0|5|1|9|7|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.	PROTECCION	1300000

18.Residencia

CL 67 104 A 39 **Dirección**	**Telefono fijo**	3138259338 **Telefono celular**	CUSTODIO9878@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**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 ENSUEÑO - 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)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	NIT	901095872	01

39.Ubicación

DG 48 J SUR 130 IN 18 CA 43 Dirección	6897867 Teleéfono	RDLAFILIACIONES@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011582848

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|7|0|1|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS008	2	

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

Angel Custodio Najar	
54. Cotizante o cabeza de familia ● beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

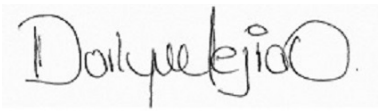
Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGEL CUSTODIO NAJAR CARO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79822447,** se encuentra afiliado/a desde **30/03/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.820.351**

NAJAR CARO

APELLIDOS

ALIRIO DE JESUS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-1974**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

B+ G.S RH

M SEXO

08-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5203500-00193472-M-0079820351-20091104 00176 88702A 1 7230104804

Medellín, 17 de January de 2024

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 %	
C79820351	NAJAR CARO ALIRIO DE JESUS	18/01/2024		Pa125224	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 17/01/2024 07:51:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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
4011582734	1|7|0|1|2|0|2|4

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: B. Institucional ☐ — -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ 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			
NAJAR Primer apellido	CARO Segundo apellido	ALIRIO Primer nombre	DE JESUS Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79820351	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|0|8|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1300000

18.Residencia

MZ A CA 16 VILLA GRANADA. **Dirección**		3213456786 **Telefono fijo**	ALIRIOJ@GMAIL.COM **Correo electronico**
GRANADA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	META **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	MULTISALUD GRANADA - MULTISALUD GRANADA	MULTIGRANA - MULTIGRANA
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

DG 48 J SUR 130 IN 18 CA 43 Dirección	6897869 Teleéfono	RDLAFILIACIONES@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011582734

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|7|0|1|2|0|2|4

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

Alirio Najar Caro	
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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NAJAR CARO ALIRIO DE JESUS** identificado(a) con **CC** número **79.820.351** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de junio de 2005 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 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2024.

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

2024011720531

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.385.463
REY VELASQUEZ

APELLIDOS

JOSE ISRAEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-DIC-1963**

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

09-DIC-1985 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00788509-M-0011385463-20160212 0048336311A 1 1643751016

Medellín, 17 de January de 2024

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 %	
C11385463	REY VELASQUEZ JOSE ISRAEL	18/01/2024		b59W1L26	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 17/01/2024 07:53:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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
4011582670	1|7|0|1|2|0|2|4

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			
REY Primer apellido	VELASQUEZ Segundo apellido	JOSE Primer nombre	ISRAEL Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	11385463	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|1|2|1|9|6|3

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	1300000

18.Residencia

CR 1 48 Q 04 SUR..... **Dirección**	**Telefono fijo**	3144058279 **Telefono celular**	JOSEISRAEL98@GMAIL.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 SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

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

39.Ubicación

DG 48 J SUR 130 IN 18 CA 43 Dirección	6897867 Teleéfono	RDLAFILIACIONES@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011582670

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|7|0|1|2|0|2|4

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

Jose Rey V.	
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 ISRAEL REY VELASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.385.463**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2024.

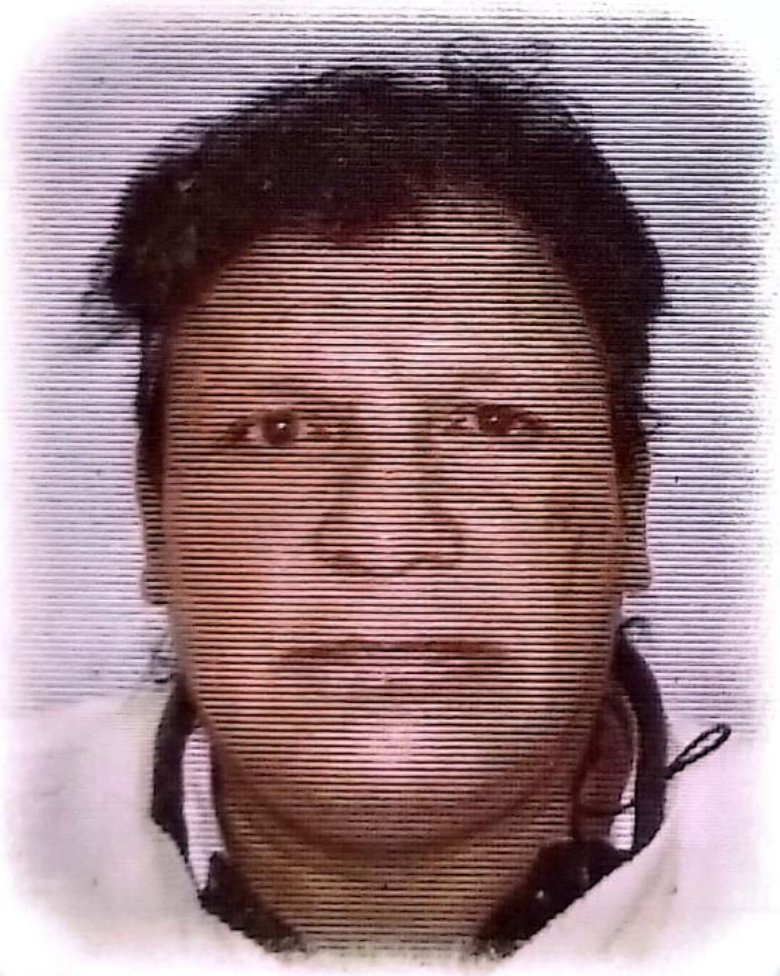
Cordialmente,

Gerencia de Clientes

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.406.601



Apellidos
CUERVO GARCIA

Nombres
NUMAEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 FEB 1967

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 MAYO 1985, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
14 OCT 2032

Powered by CamScanner

.CO

0065312292

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0065312924150O1<<<<<<<<<<<
6702029M3210145COL79406601<<<4
CUERVO<GARCIA<<NUMAEL<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

Medellín, 17 de January de 2024

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 %	
C79406601	CUERVO GARCIA NUMAEL	18/01/2024		16222623	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 17/01/2024 20:10:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.156.126, 192.230.104.6, 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

9010740672
9010740672

No. de Radicación: 27289291

Fecha de Radicación: 17 01 2024

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: CUERVO	Segundo Apellido: GARCIA	Primer Nombre: NUMAEL	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79406601	Femenino [ ] Masculino [X]	D 02 D M 02 M A A 1967 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		
$1.300.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

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

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	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		

Datos complementarios

	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 17 D M 01 M A 2024 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD…

ISO 9001 icontec CO-SC-6873-1 — IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM — SERVICIO DE SALUD HABILITADO DHS220584

35/000433344672

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000433344672 **Fecha:**19/01/2024 **EPS:** FAMISANAR
Paciente: NUMAEL CUERVO GARCIA **Identificación:** 79.406.601 **Edad:** 56 Años
Empresa: CONSTRUCCIONES RDL SAS NIT.901095872-1 **Cargo**: AYUDANTE DE OBRA

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN ALTERACIONES
4	HEMOCLASIFICACION	**O+** (POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SIN ALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SIN ALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**: 68 .KG **ESTATURA:** 1.67 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Aprobado con restricciones:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.
CUIDADO CARDIOVASCULAR- EJERCICIO DIETA SANA
APLICAR LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS PARA RESCATE EN ALTURAS.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ○ AUDITIVO: ✓ RESPIRATORIO: ○ CARDIOVASCULAR: ○ PSICOSOCIAL: ○ MUSC/ESQUELETICO ○ NINGUNO ○

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( ) SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ✓ **NO:** ○

Jim Roger Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

cumple tu papel

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-111

Bogotá, D.C, 19 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Solicitud de apertura de frente de obra Uri Puente Aranda Fase II.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría con base a las solicitudes informadas por la supervisión del contrato, se permite solicitar apertura de un nuevo frente de obra en el equipamiento de Uri Puente Aranda Fase II, el cual contará con un presupuesto máximo de 20 millones de pesos ($ 20,000,000), con el fin de poder subsanar las necesidades que se reporten sin ámbito de atención por emergencia.

De acuerdo a lo anterior, se solicita que este rublo destinado a el equipamiento de Uri puente Aranda, pueda repartirse en el tiempo de dos meses comenzando desde el 01 de febrero de 2024 al 31 de marzo de 2024. Por lo que por parte de Interventoría se solicita que la ejecución del mismo contemple las necesidades por semanas, así mismo que los requerimientos sean evaluados semanalmente (como son 2 meses se establecen 8 semanas para intervenciones y/o necesidades), repartiendo en el lapso del tiempo estimado, cantidades semanales de 2 millones quinientos mil pesos ($ 2,500,000), para cumplir con lo establecido por la entidad contratante Secretaria de Seguridad, Convivencia y Justicia (SDSCJ).

Anudando en lo anterior, favor hacer llegar los documentos requeridos para esta solicitud, presupuestos, flujos de cajas, memorias de cantidades y personal que intervendría en el equipamiento (Dependiendo de la semana y de las necesidades teniendo en cuanta que serían 8 semanas en total). Se debe realizar el primer

diagnóstico antes de la fecha de inicio del 01 de febrero de 2024, en donde se establezcan las necesidades requeridas por el logístico del equipamiento Uri Puente Aranda.

Sin otro particular,

Quedamos atentos a cualquier comentario

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÒN

INT-SCJ-1804-112

Bogotá, D.C, 22 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

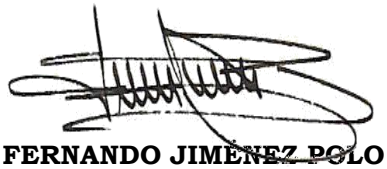
ASUNTO: REMISIÒN DE ACTA DE COMITÈ No 11 18-01-2024.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría se permite remitir para su conocimiento y fines pertinentes, la copia del acta de comité presencial No 11, llevada a cabo el día 18 de enero de 2024, de manera presencial en las instalaciones de la Secretaria Distrital de Seguridad, convivencia y Justicia.

Sin otro particular;

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- Un (1) archivo PDF – 350 KB - Nueve (09) folios.
- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-113

Bogotá, D.C, 23 de enero de 2024

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

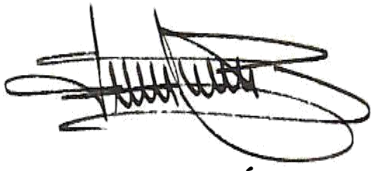
ASUNTO: RADICACIÓN INFORME SEMANAL No. 15 DE INTERVENTORIA.

Respetados señores:

Por medio del presente, esta interventoría se permite remitir el informe semanal de interventoría No.15, correspondiente al contrato No. SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023), garantizando el cumplimiento del componente contractual a la CLÁUSULA OCTAVA. – OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA. El periodo del informe semanal se relaciona a continuación:

- **Informe semanal No.15:** 15/01/2024 al 21/01/2024

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

Anexos:
- Un (1) Archivo PDF – 2.7 MB – veintinueve (29) Folios
- Un (1) Archivo Exel – 143.3 MB

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-114

Bogotá, D.C, 24 de enero de 2024

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA.
Atn. Eduin Antonio Moreno Shet
Supervisor Contratos de Interventoría
Bogotá. D**.**

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: Autorización ingreso personal de interventoría y contratista de obra URI Puente Aranda.

Respetados señores:

Por medio de la presente, TOTALL INC SAS BIC en calidad de interventoría, dando cumplimiento al contrato de referencia nos permitimos solicitar autorización ingreso para personal de interventoría y de contratista de obra que apoyan las actividades de mantenimiento de la SDSCJ, la relación de personal es:

PERSONAL DE INTERVENTORIA		
PERFIL	*NOMBRE DEL PROFESIONAL*	CC
Director de Interventoría	*FERNANDO JIMÉNEZ POLO*	79.542.174
Profesional de presupuestos y costos	*EOBALDO DIAZ MARTINEZ*	77.013.726
Residente de interventoría	*MARIA PIEDAD ESPINOSA*	52.227.017

	VIRGÜEZ	
Residente de interventoría	*REDONDO PEÑA ALEXIS*	3.759.678
Inspector 1	*BAQUERO CORREDOR CRISTIAN CAMILO*	1.015.423.618
Inspector 2	*FORERO BELTRAN DIEGO ALEXIS*	80.176.970
Inspector 3	*JAIME ALBERTO RODRIGUEZ SASTRE*	79.305.476
Inspector 4	*YEISON DANILO DURAN BARBOSA*	1.004.350.225

PERSONAL DE CONTRATISTA DE OBRA		
PERFIL	*NOMBRE DEL PROFESIONAL*	CC
Director de Obra	*ING. Wilver Russy*	80.212.380
Residente de obra	*ING. Paolo Russi*	1.032.421.356
Coordinador de Obra	*ING. Víctor Forero*	88.219.361
HSQ	*Stefany Gonzales*	1.000.005.655
Residente administrativo	*Juan Pedreros*	12.198.058
Residente de obra	*ING. Jefferson Dejoy*	1.013.639694

Agradezco su amable atención

Sin otro particular;

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

Cordialmente,



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9

- C.C – Oscar Julian Serna – Personal Logístico equipamiento URI Puente Aranda.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÒN

INT-SCJ-1804-115

Bogotá, D.C, 26 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: REMISIÒN DE ACTA DE COMITÈ No 12 25-01-2024.

Respetados señores:

Por medio de la presente, esta interventoría se permite remitir para su conocimiento y fines pertinentes, la copia del acta de comité presencial No 12, llevada a cabo el día 25 de enero de 2024, de manera presencial en las instalaciones del equipamiento URI PUENTE ARANDA.

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- Un (1) archivo PDF – 475 KB - Trece (13) folios.
- CC
  Eduin Antonio Moreno Shet- Supervisor de contratos de la Secretaria Distrital de Seguridad,Convivencia y Justicia.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-116

Bogotá, D.C, 30 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: APROBACION INGRESO DE PERSONAL – CONTRATO DE OBRA No. SCJ-1805-2023 (SCJ- SIF-LP-001-2023)

Cordial saludo:

En el marco de las obligaciones contractuales en relación a la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

No.	NOMBRE	CÉDULA	FRENTE
1	WILBER HERNANDO LESMES	80.844.241	CASA DE JUSTICIA CIUDAD BOLIVAR
2	IVAN ORLANDO RAMIREZ	1.024.579.272	CASA DE JUSTICIA CIUDAD BOLIVAR
3	REINEL ZAMBRANO DIAZ	79.658.066	TODAS LAS SEDES
4	PEDRO JOSE MEDINA CARDOZO	CE 29.695.053	TODAS LAS SEDES

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

Sin otro particular;

Cordialmente,

FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80844241

LESMES WILCHES
APELLIDOS

WILBER HERNANDO
NOMBRES

Wilber Hernando Lesmes
FIRMA

11-92



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

26-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500103-42110557-M-0080844241-20030722 0102003203A 01 140647886

Correo= wilber.lesmes@hotmail.co

tel = 3144833236

Direccion= transversal 20D #69H 46 sur

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	377241499	9461142050	E	2024/01/03	2024/01/04	BANCOLOMBIA		$5,033,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER																		231001	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
2	CC	1121902802	FELIX ELIECER																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
3	CC	1023931367	GONZALEZ CRISTIAN																		25-14	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
4	CC	79919406	GONZALEZ JAMES																		230201	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
5	CC	1023870143	JIMENEZ JULIO																		230301	30	$185,600	EPS005	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
6	CC	1021667240	JIMENEZ KEVIN																		25-14	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
7	CC	1023870141	JIMENEZ OMAR																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
8	CC	80844241	LESMES WILBER																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
9	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
10	CC	1030578618	RIVILLO JULY																		231001	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
11	CC	79387044	RIVILLO LUIS																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
12	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI																		230201	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
13	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
14	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(14)**																						$2,598,400			$649,600			$649,600				$1,131,200		$0		$5,028,800

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	377241499	9461142050	E	2024/01/03	2024/01/04	BANCOLOMBIA		$5,033,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$2,598,400	$0	$2,601,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$742,400	$0	$743,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$742,400	$0	$743,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$556,800	$0	$557,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$556,800	$0	$557,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$1,131,200	$0	$1,132,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$1,131,200	$0	$1,132,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$649,600	$0	$650,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	14	$649,600	$0	$650,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$649,600	$0	$650,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$92,800	$0	$92,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$92,800	$0	$92,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$185,600	$0	$185,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$232,000	$0	$232,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$0	$46,500
TOTAL				**14**	**$5,028,800**	**$0**	**$5,033,900**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.579.272
RAMIREZ ALVAREZ
APELLIDOS

IVAN ORLANDO
NOMBRES

Ivan Ramirez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

24-MAR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00684331-M-1024579272-20150406 0043702056A 1 44064505

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	377241499	9461142050	E	2024/01/03	2024/01/04	BANCOLOMBIA		$5,033,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER																		231001	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
2	CC	1121902802	FELIX ELIECER																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
3	CC	1023931367	GONZALEZ CRISTIAN																		25-14	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
4	CC	79919406	GONZALEZ JAMES																		230201	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
5	CC	1023870143	JIMENEZ JULIO																		230301	30	$185,600	EPS005	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
6	CC	1021667240	JIMENEZ KEVIN																		25-14	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
7	CC	1023870141	JIMENEZ OMAR																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
8	CC	80844241	LESMES WILBER																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
9	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
10	CC	1030578618	RIVILLO JULY																		231001	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
11	CC	79387044	RIVILLO LUIS																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
12	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI																		230201	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
13	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
14	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(14)**																						$2,598,400			$649,600			$649,600				$1,131,200		$0		$5,028,800

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2024-01	377241499	9461142050	E	2024/01/03	2024/01/04	BANCOLOMBIA		$5,033,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$2,598,400	$0	$2,601,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$742,400	$0	$743,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$742,400	$0	$743,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$556,800	$0	$557,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$556,800	$0	$557,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$1,131,200	$0	$1,132,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$1,131,200	$0	$1,132,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$649,600	$0	$650,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	14	$649,600	$0	$650,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$649,600	$0	$650,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$92,800	$0	$92,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$92,800	$0	$92,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$185,600	$0	$185,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$232,000	$0	$232,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$0	$46,500
TOTAL				**14**	**$5,028,800**	**$0**	**$5,033,900**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.658.066

ZAMBRANO DIAZ
APELLIDOS

REINEL
NOMBRES

Reinel Zambrano
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

15-ENE-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500113-45149045-M-0079658066-20060608 00773 06159A 02 189899371

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	242	17/01/2024	CC 79658066	ZAMBRANO DIAZ REINEL	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

06CD5E0262F08E21C43A62C2847409A1 Certificado impreso el día 1/16/2024 8:05:46 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

REINEL
ZAMBRANO DIAZ
79658066

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6

CODIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

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: 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 [ ] 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: REINEL	Segundo apellido: ZAMBRANO	Primer nombre: DIAZ	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 79.658.066	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 20 09 1970

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	Cll 33 f Sur # 14-12		3204194307	

Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad / Comuna	Departamento
SOACHA		SOACHA	CUNDINAMARCA

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 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 E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de Identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
SIGMA CYS SAS	N I T [ ] [ ] [ ]	901.378 317-6	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cll 57 Z N°75 D 10 SUR		gerencia.sigmacys@gmail.com	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 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
- [X] 13. Movilidad — [X] 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
ZAMBRANO	DIAZ	REINEL	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[C][C]	79.658.066	[ ]	[X]	16-01-2024	16 01 2024

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	COMPENSAR.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Reinel Zambrano	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad
  Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

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

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:

REINEL ZAMBRANO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.658.066**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Enero del 2024.

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.

SEINT SALUD I.P.S S.A.S
NIT: 901028266-2
Dirección: Cra 70 # 22 Sur - 23, Bogotá - Colombia
Email: gerencia@seintsalud.com
PBX: 601 745 6123 Celular: 316 335 2739
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.192

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
ZAMBRANO DIAZ REINEL	CC (Tipo)	79658066 (Número)	20/09/1970	53 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR	**16/01/2024 10:21:57 a.m.**	**16/01/2024 12:05:36 p.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL MODERADA.*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos): **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO FISICO PRESENTA VENAS VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES GRADO II, SE REMITE A EPS POR MEDICINA GENERAL PARA CONTROL Y MANEJO, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PRESENTA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA. APTO PARA TRABAJAR CON RECOMENDACIONES; 1) SUBIR Y BAJAR ESCALERAS USANDO BARANDAS Y PASAMANOS.
2) USAR GAFAS DE CORRECCION CON ANTIRREFLEJOS.
3) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 3 HORAS.
4) NO MANTENER LA SEDESTACION Y BIPEDESTACION PROLONGADA.
5) EVITAR LA EXPOSICION DE MIEMBROS INFERIORES A OBJETOS CORTO PUNZANTES.
6) SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR MEDICINA GENERAL Y OPTOMETRIA.

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

Médico



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
R136X1D43192

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ZAMBRANO DIAZ REINEL

CC: 79658066




REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 29.695.053

043

APELLIDOS MEDINA CARDOZO

NOMBRES PEDRO JOSE

Juan Dugarte
Director

Pedro Medina

FIRMA TITULAR

25/04/2000 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

20/06/2017 06/2027
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

TLF: 3232039226

EPS: Coosalud

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	241	17/01/2024	CE 29695053	MEDINA CARDOZO PEDRO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MDS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

06CD5E0262F08E21C43A62C2847409A1 Certificado impreso el día 1/16/2024 7:57:41 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

PEDRO REINEL
MEDINA CARDOZO
29695053

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	16/12/2024

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficairio o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MEDINA	CARDOZO	PEDRO	JOSE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CE	29.695.053	Femenino [ ] Masculino [X]	25/04/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Adminsitradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
Carrera 1 este # 43-38		3232039226	
Direccion	Telefono Ffjo	Telefono celular	Correo electrónico

SOACHA	Zona	Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA	CUNDINAMARCA
Municipio/Distrito			Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

24. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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 pensiones (a registrar por la EPS)
SIGMA CYS SAS	NIT	901.378.317-0	

39. Ubicación				
Cll 57 z # 75 d 10 sur	3209054734	gerencia.sigmacys@gmail.com	BOGOTA/CUNDINA	
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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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
MEDINA	CARDOZO	PEDRO	JOSE

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

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

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 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 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.

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

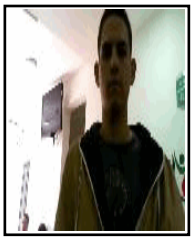
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo 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.

SEINT SALUD I.P.S S.A.S
NIT: 901028266-2
Dirección: Cra 70 # 22 Sur - 23, Bogotá - Colombia
Email: gerencia@seintsalud.com
PBX: 601 745 6123 Celular: 316 335 2739
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.191

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
MEDINA CARDOZO PEDRO JOSE	CC (Tipo)	835051825042000 (Número)	25/04/2000	23 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE	**16/01/2024 10:11:58 a.m.**	**16/01/2024 11:56:25 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos): **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

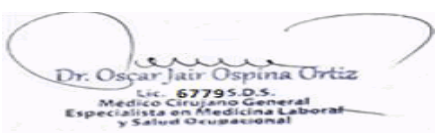
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, APTO PARA TRABAJAR.

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

Médico



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad V136B1H43191

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: MEDINA CARDOZO PEDRO JOSE

CC: 835051825042000

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

INT-SCJ-1804-117

Bogotá, D.C, 30 de enero de 2024

Señores
CONSORCIO OBRASW
Atn. **WILVER FRANCINY RUSSY LADINO**
Representante Legal contratista de Obra
Bogotá. D.C

REFERENCIA: SCJ-1804-2023 (SCJ- SIF-CMA-001-2023) "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".

ASUNTO: POSIBLE INCUMPLIMIENTO EN TEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Respetados señores:

Dando cumplimiento a nuestras obligaciones contractuales, nos permitimos informar, que en visita realizada por nuestro personal de interventoría, halló que los trabajadores NO CUENTAN con dotación, no utilizan los elementos de protección personal.

Lo anterior, están incumpliendo a las obligaciones contractuales, según contrato de obra No. SCJ-1805-2023, donde cita lo siguiente: CLAUSULA SEPTIMA – OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, NUMERAL I OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA, numeral 6, subítem B) personal con la dotación e indumentaria que establecen las normas de seguridad industrial, de acuerdo con las labores que desempeñe, así como con los elementos, insumos y/o herramientas necesarias para el desarrollo de las actividades requeridas".

Numeral 28. Garantizar que cada miembro del personal designado por el contratista cuente permanentemente con los elementos necesarios para la ejecución del contrato (elementos de protección personal, insumos, identificativos y herramientas.

TOTALL INC S.A.S BIC
INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN

Por favor, tomar las acciones correctivas pertinentes y enviar soporte a la presente interventoría.

Sin otro particular;

Cordialmente



FERNANDO JIMÉNEZ POLO
Director de Interventoría
TOTALL INC SAS BIC
NIT 901.620.351-9
Anexo:

- Registro fotográfico

REGISTRO FOTOGRAFICO

