

CONSORCIO SIVA VIAS 	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						Fecha de aprobación		14/11/2023	
	CONSORCIO SIVA VIAS						Version:		1	
	CHECK LIST RETROEXCAVADORA						Página:		1 de 1	

OBRA O CONTRATO: MEJORAMIENTO VIA VILLA DE LEYVA- ARCABUCO						ÁREA: SS					
UBICACIÓN: Villa de Leyva - Arcabuco						LICENCIA OPERADOR					
MARCA: Cabo Dila						FECHA DE VENCIMIENTO					
MODELO: 420D						VENCIMIENTO REVISIÓN TÉCNICA					
AÑO:						HORÓMETRO					
SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR						KILOMETRAJE					
						SOAT VENCIMIENTO					

N°	ELEMENTOS A INSPECCIONAR	DÍA	LUN		MART		MIÉR		JUEV		VIER		SÁB	
			CONDICION		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	ESTRUCTURA GENERAL RETROEXCAVADORA		X		X		X		X					
2	NEUMÁTICOS TRASEROS		X		X		X		X					
3	NEUMÁTICOS DELANTEROS		X		X		X		X					
4	CILINDROS DE LEVANTE		X		X		X		X					
5	CILINDROS DE ARTICULACIÓN		X		X		X		X					
6	PALA DE CARGA		X		X		X		X					
7	ESTRUCTURA AGUILÓN		X		X		X		X					
8	COMANDOS		X		X		X		X					
9	PASADORES DE CILINDROS		X		X		X		X					
10	RELOJES DE TEMPERATURA, ACEITE, PETRÓLEO		X		X		X		X					
11	FLEXIBLES		X		X		X		X					
12	CAÑERÍAS		X		X		X		X					
13	FRENO DE ESTACIONAMIENTO		X		X		X		X					
14	SISTEMA DE FRENOS		X		X		X		X					
15	ENFRIADOR DE ACEITE		X		X		X		X					
16	VIDRIOS		X		X		X		X					
17	ESPEJOS		X		X		X		X					
18	CABINA		X		X		X		X					
19	BOCINA		X		X		X		X					
20	ALARMA DE RETROCESO Y LUCES		X		X		X		X					
21	SEGURO DEL CILINDRO DE LEVANTE DE PALA		X		X		X		X					
22	BLOQUEADOR DEL SITEMA HIDRÁULICO		X		X		X		X					
23	MOTOR		X		X		X		X					
24	RADIADOR		X		X		X		X					
25	MANGUERAS		X		X		X		X					
26	CORREAS		X		X		X		X					
27	SISTEMA ELÉCTRICO		X		X		X		X					
28	CINTURÓN DE SEGURIDAD		X		X		X		X					
29	EXTINTOR DE INCENDIOS		X		X		X		X					
30	ESPEJOS		X		X		X		X					
31	ESCALA DE ACCESO		X		X		X		X					
32	LUCES		X		X		X		X					
33	HORÓMETRO		X		X		X		X					
34	OTROS:		X		X		X		X					

OBSERVACIONES:

NOMBRE: Andrés Juárez	C.C. 1095670829
FECHA:	Preoperacional del 15 al 20 de Enero 2024
FIRMA OPERADOR DEL VEHICULO :	

CONSORCIO SIVA VIAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha de aprobacion	14/11/2023
	CONSORCIO SIVA VIAS	Version:	1
	CHECK LIST RETROEXCAVADORA	Página:	1 de 1

ORRA O CONTRATO: MEJORAMIENTO VIA VILLA DEL EVVA- ARCAHU	ÁREA: SST
UBICACIÓN: Villa de Iya - Arcahu	LICENCIA OPERADOR N/A
MARCA: Case	FECHA DE VENCIMIENTO N/A
MODELO: 580	VENCIMIENTO REVISIÓN TÉCNICA
AÑO:	HORÓMETRO
SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR	KILOMETRAJE
	SOAT VENCIMIENTO

N°	ELEMENTOS A INSPECCIONAR	DIA CONDICION	LUN		MART		MIÉR		JUEV		VIER		SÁB	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	ESTRUCTURA GENERAL RETROEXCAVADORA		X		X		X		X		X		X	
2	NEUMÁTICOS TRASEROS		X		X		X		X		X		X	
3	NEUMÁTICOS DELANTEROS		X		X		X		X		X		X	
4	CILINDROS DE LEVANTE		X		X		X		X		X		X	
5	CILINDROS DE ARTICULACIÓN		X		X		X		X		X		X	
6	PALA DE CARGA		X		X		X		X		X		X	
7	ESTRUCTURA AGUILÓN		X		X		X		X		X		X	
8	COMANDOS		X		X		X		X		X		X	
9	PASADORES DE CILINDROS		X		X		X		X		X		X	
10	RELOJES DE TEMPERATURA, ACEITE, PETRÓLEO		X		X		X		X		X		X	
11	FLEXIBLES		X		X		X		X		X		X	
12	CAÑERÍAS		X		X		X		X		X		X	
13	FRENO DE ESTACIONAMIENTO		X		X		X		X		X		X	
14	SISTEMA DE FRENOS		X		X		X		X		X		X	
15	ENFRIADOR DE ACEITE		X		X		X		X		X		X	
16	VIDRIOS		X		X		X		X		X		X	
17	ESPEJOS		X		X		X		X		X		X	
18	CABINA		X		X		X		X		X		X	
19	BOCINA		X		X		X		X		X		X	
20	ALARMA DE RETROCESO Y LUCES		X		X		X		X		X		X	
21	SEGURO DEL CILINDRO DE LEVANTE DE PALA		X		X		X		X		X		X	
22	BLOQUEADOR DEL SITEMA HIDRÁULICO		X		X		X		X		X		X	
23	MOTOR		X		X		X		X		X		X	
24	RADIADOR		X		X		X		X		X		X	
25	MANGUERAS		X		X		X		X		X		X	
26	CORREAS		X		X		X		X		X		X	
27	SISTEMA ELÉCTRICO		X		X		X		X		X		X	
28	CINTURÓN DE SEGURIDAD	do 2 días venido	X		X		X		X		X		X	
29	EXTINTOR DE INCENDIOS		X		X		X		X		X		X	
30	ESPEJOS		X		X		X		X		X		X	
31	ESCALA DE ACCESO		X		X		X		X		X		X	
32	LUCES		X		X		X		X		X		X	
33	HORÓMETRO													
34	OTROS:													

OBSERVACIONES: Pendiente extintor fecha de vencimiento, preferencial del 22 al 24 de abril
NOMBRE: Pedro Pantoja x 4147451 x
FECHA:
FIRMA OPERADOR DEL VEHICULO :

CONSORCIO SIVA VIAS		CONSORCIO SIVA VIAS											
		NOMBRE DEL FORMATO											
		INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE VIBROCOMPACTADOR											
FECHA: 14-11-2023		VERSION: 1											
PLACAS:		MODELO: 2607						MARCA: Ingersoll Rand SD30					
INSPECCIONADO POR: <i>Elena Nela</i>													
ITEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.			
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
LUCES	* De trabajo delanteras (Trabajo nocturno)	X		X		X			X				
	* De trabajo traseras (Trabajo nocturno)		X	X			X	X		X	X		
CABINA	*Cabina antivuelo (R.O.P.S)	N/A		N/A		N/A		N/A	1	N/A			
	* Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios 10 lbs PQS	X		X		X		X		X			
	Asiento	X		X		X		X		X			
	Mandos de avance	X		X		X		X		X			
	* Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-	X		X		X		X		X			
	horometro-corriente-aceite motor-	X		X		X		X		X			
	combustible)	X		X		X		X		X			
	Control ingreso humo (tubo de escape)	X		X		X		X		X			
	* Alarma de retroceso	X		X		X		X		X			
	Pito		X		X		X		X		X		
	Escaleras y apoyos de acceso	X		X		X		X		X			
	* Espejo retrovisor central (convexo)	N/A		N/A		N/A		N/A	N/A	N/A			
	Estado de pedales	X		X		X		X		X			
	Estado de mandos manuales	X		X		X		X		X			
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)	X		X		X		X		X			
	Llantas en buen estado	X		X		X		X		X			
	Mecanismo de viraje	X		X		X		X		X			
	* Dirección (terminales, bomba hidráulica)	X		X		X		X		X			
	* Mando de estacionamiento (emergencia)	X		X		X		X		X			
	* Motor	X		X		X		X		X			
	Pasadores y tornillos en buen estado	X		X		X		X		X			
	Batería y cables	X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X			
	* Resguardos	X		X		X		X		X			
	Anclajes de contrapeso	X		X		X		X		X			
OTROS	OBSERVACIONES:												
* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR													
Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección:													
OBSERVACIONES: <i>Defectuosa al cul 18 al 20 de abril</i>													

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

* *ISIDRO CASTELBARRIO*
 * *6762 866*
 * *@mufey*

CONSORCIO SIVA VIAS		NOMBRE DEL FORMATO											
CONSORCIO SIVA VIAS		INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE VIBROCOMPACTADOR											
FECHA: 14-11-2023		VERSION: 1											
PLACAS: NA		MODELO:						MARCA: Comp.					
NOMBRE DEL OPERARIO: BIDEN C.		CEDULA: 6762866						FIRMA: [Firma]					
ITEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIÉR.			
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
LUCES	* De trabajo delanteras (Trabajo nocturno)	X		X		X		X		X			
	* De trabajo traseras (Trabajo nocturno)	X		X		X		X		X			
CABINA	*Cabina antivuelo (R.O.P.S)	2da	X		X		X		X		X		
	* Cinturón de seguridad		X		X		X		X		X		
	Extintor de incendios 10 lbs PQS		X		X		X		X		X		
	Asiento		X		X		X		X		X		
	Mandos de avance		X		X		X		X		X		
	* Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-		X		X		X		X		X		
	horometro-corriente-aceite motor-		X		X		X		X		X		
	combustible)		X		X		X		X		X		
	Control ingreso humo (tubo de escape)		X		X		X		X		X		
	* Alarma de retroceso		X		X		X		X		X		
	Pito		X		X		X		X		X		
	Escaleras y apoyos de acceso		X		X		X		X		X		
	* Espejo retrovisor central (convexo)		X		X		X		X		X		
	Estado de pedales		X		X		X		X		X		
Estado de mandos manuales		X		X		X		X		X			
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X		
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		X		X		X		X		X		
	Llantas en buen estado		X		X		X		X		X		
	Mecanismo de viraje		X		X		X		X		X		
	* Dirección (terminales, bomba hidráulica)		X		X		X		X		X		
	* Mando de estacionamiento (emergencia)		X		X		X		X		X		
	* Motor		X		X		X		X		X		
	Pasadores y tornillos en buen estado		X		X		X		X		X		
	Batería y cables		X		X		X		X		X		
	* Freno de servicio		X		X		X		X		X		
	* Resguardos		X		X		X		X		X		
Anclajes de contrapeso		X		X		X		X		X			
OTROS	OBSERVACIONES:												

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

OBSERVACIONES: semana Cal 29 al 04 de abril 2024

Fecha de Corrección:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS		NOMBRE DEL FORMATO											
CONSORCIO SIVA VIAS		INSPECCION PREOPERACIONAL DE VEHICULOS											
FECHA: 14-01-2023		VERSION: 1											
PLACAS No.	MODELO:	MARCA:		EQUIPO No.									
Carro de carga	2020	FORD											
INSPECCIONADO POR:	LOCALIZACIÓN:												
Elana Meda	Villa de Leyva												
ITEM	CANT.	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		OBSERVACIONES	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
LUCES													
* Frontales		X		X		X		X		X			
* Traseras de trabajo (reflector)		X		X		X		X		X			
* Direccionales delanteras de parqueo (Giro)		X		X		X		X		X			
* Direccionales traseras de parqueo (Giro)		X		X		X		X		X			
* De Stop y señal trasera		X		X		X		X		X			
CABINA													
Espejo central convexo		X		X		X		X		X			
Espejos laterales		X		X		X		X		X			
Alarma de retroceso		X		X		X		X		X			
Pito		X		X		X		X		X			
* Freno de servicio		X		X		X		X		X			
* Freno de emergencia		X		X		X		X		X			
Dirección/suspensión (Terminales)		X		X		X		X		X			
Cinturón de seguridad		X		X		X		X		X			
Cabina antibuelco (R.O.P.S) certificada		X		X		X		X		X			
Vidrio frontal (en buen estado)		X		X		X		X		X			
Limpia brisas		X		X		X		X		X			
Extintor de incendios (10 lbs) PQS		X		X		X		X		X			
Asiento en buena condición		X		X		X		X		X			
* Indicadores (hidráulico-voltmetro)		X		X		X		X		X			
Motor-refrigerante-orometro, aire)		X		X		X		X		X			
Escaleras y pasamanos (cabina/trompo)		X		X		X		X		X			
Bateria y cables		X		X		X		X		X			
LLANTAS													
sin cortaduras profundas y sin abultamientos		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO													
Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X			
Pasadores, suspensión		X		X		X		X		X			
Control fugas de aire		X		X		X		X		X			
* Caja de cambios		X		X		X		X		X			
* Suspencion		X		X		X		X		X			
* Transmision direccion		X		X		X		X		X			

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: Si ___ No ___

Fecha de Corrección:

Resp. Corrección:

FIRMA CONDUCTOR:

X Victor Merendon

NOMBRE/APELLIDOS
1033692355

REVISÓ:

OBSERVACIONES:

Preparacion el 18 al 20 de abril 2024

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS	CONSORCIO SIVA VIAS SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CHECK LIST VOLQUETA		Fecha de aprobacion 14/11/2023 Version:1 Página: 1 de 1											
	INFORMACION GENERAL DEL USUARIO DE LA VOLQUETA													
	NOMBRE DEL CONDUCTOR: Victor													
FECHA: 22/09/24	HORA:	PLACA: F20	KILOMETRAJE: 1033692355											
SOAT: SP	VENCE:	PLACAS:												
REVISION TECNICO MECANICA. VENCE: SP														
CONDICIONES DEL USUARIO														
Esta en condiciones de salud y descanso para usar el vehiculo (sin malestar, mareos, fiebre, sueño, u otros sintomas)		SI ☒ NO ☐	OBSERVACIONES/HALLAZGOS											
CONDICIONES DEL VEHICULO														
ITEM		LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		OBSERVACIONES
		C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Estado de llantas y guardapolvos	Verificar la profundidad del labrado, presion, cortaduras o protuberancias y estado de las salpicaderas o guardapolvo	X		X		X		X		X		X		
Luces y bocina	verificar el funcionamiento correcto de luces altas y bajas, posicion direccionales, frenos, reversa, estacionarias y bocina.	X		X		X		X		X		X		
Espejos	Verificar la posicion y limpieza de los espejos laterales y central	X		X		X		X		X		X		
Nivel de liquidos	Verifica el aceite, liquido de frenos (si son hidraulicos) limpiaparabrisas, refrigerante, y direccion hidraulica si aplica	X		X		X		X		X		X		
Fugas de fluidos	verifica que no existan fugas ni humedades en el habitaculo del motor y en el piso donde se parquea	X		X		X		X		X		X		
Presion y fugas de aire	verifica que la presion sea adecuada en el manometro y que no existan fugas	X		X		X		X		X		X		
Estado de frenos	Verifica la tension, estados del sistema y el funcionamiento del freno de seguridad	X		X		X		X		X		X		
Parabrisas	verifica que no este fisurado y el	X		X		X		X		X		X		
Elementos de retencion	verificar el estado de cintruron de seguridad, anclaje de las sillas y su funcionamiento	X		X		X		X		X		X		
Equipos de prevencion	revisar caja de herramientas, extintor, botiquin, conos, tacos, linterna, llanta de repuesto, gato, cruceta y chaleco reflectivo	X		X		X		X		X		X		
Luces de tablero, testigos y manómetros	Antes de iniciar la marcha, verificar que todos los testigos, excepto el de paqueo, esten apagados, verificar el correcto funcionamiento de los manómetros.	X		X		X		X		X		X		
Estado de la direccion y la suspension	verificar el estado de rotulas, terminales, ballestas y amortiguadores.	X		X		X		X		X		X		
Firma del conductor: Victor Macnon		X 1033692355 X Victor Macnon												
Firma del supervisor:														
OBSERVACIONES:		Reo fucional del 22 al 27 de a BM. 2024												

CONSORCIO SIVA VIAS		CONSORCIO SIVA VIAS											
		NOMBRE DEL FORMATO											
		INSPECCION PREOPERACIONAL DE VEHICULOS											
		FECHA: 14-01-2023						VERSION: 1					
PLACAS No.		MODELO: 2020				MARCA: FORD							
INSPECCIONADO POR: Elvira Meda		LOCALIZACIÓN: Villa De Leyva				EQUIPO No.							
ITEM	CANT.	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		OBSERVACIONES	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
LUCES													
* Frontales		X		X				X		X			
* Traseras de trabajo (reflector)		X		X				X		X			
* Direccionales delanteras de parqueo (Giro)		X		X				X		X			
* Direccionales traseras de parqueo (Giro)		X		X				X		X			
* De Stop y señal trasera		X		X				X		X			
CABINA													
Espejo central convexo		X		X				X		X			
Espejos laterales		X		X				X		X			
Alarma de retroceso		X		X				X		X			
Pito		X		X				X		X			
* Freno de servicio		X		X				X		X			
* Freno de emergencia		X		X				X		X			
Dirección/suspensión (Terminales)		X		X				X		X			
Cinturón de seguridad		X		X				X		X			
Cabina antibuelco (R.O.P.S) certificada		X		X				X		X			
Vidrio frontal (en buen estado)		X		X				X		X			
Limpia brisas		X		X				X		X			
Extintor de incendios (10 lbs) PQS		X		X				X		X			
Asiento en buena condición		X		X				X		X			
* Indicadores (hidráulico-voltímetro)		X		X				X		X			
Motor-refrigerante-oremetro, aire)		X		X				X		X			
Escaleras y pasamanos (cabina/trompo)		X		X				X		X			
Batería y cables		X		X				X		X			
LLANTAS													
Sn cortaduras profundas y sin abultamientos		X		X				X		X			
ESTADO MECÁNICO													
Control de fugas hidráulicas		X		X				X		X			
Pasadores, suspensión		X		X				X		X			
Control fugas de aire		X		X				X		X			
* Caja de cambios		X		X				X		X			
* Suspencion		X		X				X		X			
* Transmision direccion		X		X				X		X			
* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR													
Fuera de servicio: SI ___ No ___		Fecha de Corrección:				Resp. Corrección:							
FIRMA CONDUCTOR:		<div style="text-align: right;"> Victor Merchan 1033692355 NOMBRE/APELLIDOS Victor merchan </div>											
REVISÓ:													
OBSERVACIONES:													
Preoperacional del 29 a 31 al 04 de mayo 2024													

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS

CONSORCIO SIVA VIAS

NOMBRE DEL FORMATO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA MOTONIVELADORA

FECHA: 14-11-2023

VERSION: 1

PLACAS:

MODELO: 1943

MARCA: CHAMPAN

LOCALIZACION: villa de leyva - Alcazar

INSPECCIONADO POR: Elanor Meda

	ITEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de trabajo		X		X		X		X		X	
	* Traseras de trabajo (Reflector)		X		X		X		X		X	
	Direccionales delanteras de parqueo		X		X		X		X		X	
	Direccionales traseras de parqueo		X		X		X		X		X	
	De stop y señal trasera		X		X		X		X		X	
CABINA	* Espejo central convexo		X		X		X		X		X	
	* Espejos laterales		X		X		X		X		X	
	* Alarma de retroceso		X		X		X		X		X	
	* Pito		X		X		X		X		X	
	Frenos de servicio		X		X		X		X		X	
	Dirección		X		X		X		X		X	
	* Cinturón de seguridad 3 Puntos		X		X		X		X		X	
	* Cabina antivuelco (R.O.P.S)		X		X		X		X		X	
	Vidrio frontal (en buen estado)		X		X		X		X		X	
	Limpiabrisas		X		X		X		X		X	
	* Extintor de incendio (20 PQA)		X		X		X		X		X	
	Asiento en buena condición		X		X		X		X		X	
	* Indicadores (hidráulico-refrigerante		X		X		X		X		X	
	motor-horometro)		X		X		X		X		X	
	Escaleras y pasamanos		X		X		X		X		X	
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y		X		X		X		X		X	
	sin abultamientos)											
	* Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X	
ESTADO MECANICO	Estado pasadores		X		X		X		X		X	
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		X		X		X		X		X	
	* Terminales de dirección		X		X		X		X		X	
	Mandos de avance		X		X		X		X		X	
	Motor		X		X		X		X		X	
	Bomba Hidraulica		X		X		X		X		X	
	Servotransmisión		X		X		X		X		X	
OTROS	OBSERVACIONES:											
	Vo.Bo. Supervisor											

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ___ no ___

Fecha de Corrección:

X John Hosta
LE045277
NOMBRE/APELLIDOS

REVISÓ:

OBSERVACIONES:

Revisado el 29 al 04 de mayo 2024

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

PLACAS:

MODELO: 2004

MARCA: Champion

LOCALIZACIÓN: Villa de Leyva - Alcabarro

INSPECCIONADO POR: Elicia Nolas

	ÍTEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de trabajo		X		X		X		X		X	
	* Traseras de trabajo (Reflector)		X		X		X		X		X	
	Direccionales delanteras de parqueo		X		X		X		X		X	
	Direccionales traseras de parqueo		X		X		X		X		X	
	De stop y señal trasera		X		X		X		X		X	
CABINA	* Espejo central convexo		X		X		X		X		X	
	* Espejos laterales		X		X		X		X		X	
	* Alarma de retroceso		X		X		X		X		X	
	* Pito		X		X		X		X		X	
	Frenos de servicio		X		X		X		X		X	
	Dirección		X		X		X		X		X	
	* Cinturón de seguridad 3 Puntos		X		X		X		X		X	
	* Cabina antivuelco (R.O.P.S)		X		X		X		X		X	
	Vidrio frontal (en buen estado)		X		X		X		X		X	
	Limpiabrisas											
	* Extintor de incendio (20 PQA)		X		X		X		X		X	
	Asiento en buena condición		X		X		X		X		X	
	* Indicadores (hidráulico-refrigerante		X		X		X		X		X	
	motor-horometro)		X		X		X		X		X	
	Escaleras y pasamanos		X		X		X		X		X	
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		X		X		X		X		X	
ESTADO MECANICO	* Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X	
	Estado pasadores		X		X		X		X		X	
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		X		X		X		X		X	
	* Terminales de dirección		X		X		X		X		X	
	Mandos de avance		X		X		X		X		X	
	Motor		X		X		X		X		X	
	Bomba Hidraulica		X		X		X		X		X	
	Servotransmisión		X		X		X		X		X	
OTROS	OBSERVACIONES:											
	Vo.Bo. Supervisor											

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ___ no ___

Fecha de Corrección:

John Acosta
4065217
NOMBRE/APELLIDOS

REVISÓ:

OBSERVACIONES: preoperando al 22 d 27 de 2019

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla ÚNICAMENTE el OPERADOR del Equipo.

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS	CONSORCIO SIVA VIAS	
	NOMBRE DEL FORMATO	
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA MOTONIVELADORA	
	FECHA: 14-11-2023	VERSION: 1

PLACAS: MODELO: MARCA: Cat

LOCALIZACION: Villa de Leyva

INSPECCIONADO POR:

	ÍTEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de trabajo		X		X		X		X		X	
	* Traseras de trabajo (Reflector)		X		X		X		X		X	
	Direccionales delanteras de parqueo		X		X		X		X		X	
	Direccionales traseras de parqueo		X		X		X		X		X	
	De stop y señal trasera		X		X		X		X		X	
CABINA	* Espejo central convexo		X		X		X		X		X	
	* Espejos laterales		X		X		X		X		X	
	* Alarma de retroceso		X		X		X		X		X	
	* Pito		X		X		X		X		X	
	Frenos de servicio		X		X		X		X		X	
	Dirección		X		X		X		X		X	
	* Cinturón de seguridad 3 Puntos		X		X		X		X		X	
	* Cabina antivuelco (R.O.P.S)		X		X		X		X		X	
	Vidrio frontal (en buen estado)		X		X		X		X		X	
	Limplabrisas		X		X		X		X		X	
	* Extintor de incendio (20 PQA)		X		X		X		X		X	
	Asiento en buena condición		X		X		X		X		X	
	* Indicadores (hidráulico-refrigerante)		X		X		X		X		X	
	motor-horometro)		X		X		X		X		X	
	Escaleras y pasamanos		X		X		X		X		X	
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		X		X		X		X		X	
			X									
ESTADO MECANICO	* Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X	
	Estado pasadores		X		X		X		X		X	
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		X		X		X		X		X	
	* Terminales de dirección		X		X		X		X		X	
	Mandos de avance		X		X		X		X		X	
	Motor		X		X		X		X		X	
	Bomba Hidraulica		X		X		X		X		X	
	Servotransmisión		X		X		X		X		X	
OTROS	OBSERVACIONES:											
	Vo.Bo. Supervisor											

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ___ no ___

Fecha de Corrección:

John Acosta
LEDESMA
NOMBRE/APELLIDOS

REVISÓ:

OBSERVACIONES: Preoperacional 18 al 20 abril 2024

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla ÚNICAMENTE el OPERADOR del Equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS		NOMBRE DEL FORMATO											
CONSORCIO SIVA VIAS		INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA MOTONIVELADORA											
FECHA: 14-11-2023		VERSION: 1											
PLACAS:		MODELO: 1990						MARCA: Champion					
LOCALIZACIÓN: Villa Regina - Alcatraz													
INSPECCIONADO POR: Efraim Nida													
	ÍTEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	* Frontales de trabajo		X		X			X		X		X	
	* Traseras de trabajo (Reflector)		X		X			X		X		X	
	Direccionales delanteras de parqueo		X		X			X		X		X	
	Direccionales traseras de parqueo		X		X			X		X		X	
	De stop y señal trasera		X		X			X		X		X	
CABINA	* Espejo central convexo		X		X			X		X		X	
	* Espejos laterales		X		X			X		X		X	
	* Alarma de retroceso		X		X			X		X		X	
	* Pito		X		X			X		X		X	
	Frenos de servicio		X		X			X		X		X	
	Dirección		X		X			X		X		X	
	* Cinturón de seguridad 3 Puntos		X		X			X		X		X	
	* Cabina antivuelco (R.O.P.S)		X		X			X		X		X	
	Vidrio frontal (en buen estado)		X		X			X		X		X	
	Limpiabrisas		X		X			X		X		X	
	* Extintor de incendio (20 PQA)		X		X			X		X		X	
	Asiento en buena condición		X		X			X		X		X	
	* Indicadores (hidráulico-refrigerante)		X		X			X		X		X	
	motor-horometro)		X		X			X		X		X	
	Escaleras y pasamanos		X		X			X		X		X	
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		X		X			X		X		X	
			X		X			X		X		X	
ESTADO MECANICO	* Control de fugas hidráulicas		X		X			X		X		X	
	Estado pasadores		X		X			X		X		X	
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		X		X			X		X		X	
	* Terminales de dirección		X		X			X		X		X	
	Mandos de avance		X		X			X		X		X	
	Motor		X		X			X		X		X	
	Bomba Hidraulica		X		X			X		X		X	
	Servotransmisión		X		X			X		X		X	
OTROS	OBSERVACIONES:												
	Vo.Bo. Supervisor												
<p>* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR</p> <p>Fuera de servicio: si ☐ no ☐</p> <p>Fecha de Corrección: 10/11/2023</p> <p>NOMBRE/APELLIDOS: 1264427</p> <p>REVISÓ:</p> <p>OBSERVACIONES: Reparación 29 de abril al 04 de mayo 2024</p>													

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS		NOMBRE DEL FORMATO											
CONSORCIO SIVA VIAS		INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA MOTONIVELADORA											
FECHA: 14-11-2023		VERSION: 1				MARCA: <i>Chamfen.</i>							
PLACAS:		MODELO:											
LOCALIZACION: <i>villa de leyva - Alcaño</i>													
INSPECCIONADO POR: <i>Eliana Mada</i>													
	ITEM	CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	* Frontales de trabajo		X		X		X		X		X		
	* Traseras de trabajo (Reflector)		X		X		X		X		X		
	Direccionales delanteras de parqueo		X		X		X		X		X		
	Direccionales traseras de parqueo		X		X		X		X		X		
	De stop y señal trasera		X		X		X		X		X		
CABINA	* Espejo central convexo		X		X		X		X		X		
	* Espejos laterales		X		X		X		X		X		
	* Alarma de retroceso		X		X		X		X		X		
	* Pito		X		X		X		X		X		
	Frenos de servicio		X		X		X		X		X		
	Dirección		X		X		X		X		X		
	* Cinturón de seguridad 3 Puntos		X		X		X		X		X		
	* Cabina antivuelco (R.O.P.S)		X		X		X		X		X		
	Vidrio frontal (en buen estado)		X		X		X		X		X		
	Limpiabrisas		X		X		X		X		X		
	* Extintor de incendio (20 PQA)		X		X		X		X		X		
	Asiento en buena condición		X		X		X		X		X		
	* Indicadores (hidráulico-refrigerante motor-horometro)		X		X		X		X		X		
Escaleras y pasamanos		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		X		X		X		X		X		
ESTADO MECANICO	* Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X		
	Estado pasadores		X		X		X		X		X		
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		X		X		X		X		X		
	* Terminales de dirección		X		X		X		X		X		
	Mandos de avance		X		X		X		X		X		
	Motor		X		X		X		X		X		
	Bomba Hidraulica		X		X		X		X		X		
	Servotransmisión		X		X		X		X		X		
OTROS	OBSERVACIONES:		X		X		X		X		X		
	Vo.Bo. Supervisor												
* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR													
Fuera de servicio: si ☐ no ☐			Fecha de Corrección: <i>Williams Cortez</i>										
			NOMBRE/APELLIDOS <i>R.6444.27</i>										
REVISÓ:													
OBSERVACIONES: <i>Del 15 al 20 de abril 2024</i>													

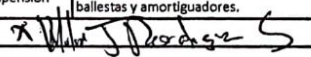
NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

CONSORCIO SIVA VIAS		SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CHECK LIST VOLQUETA		Fecha de aprobacion 14/11/2023								
CONSORCIO SIVA VIAS		SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CHECK LIST VOLQUETA		Version:1								
CONSORCIO SIVA VIAS		SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CHECK LIST VOLQUETA		Página: 1 de 1								
INFORMACION GENERAL DEL USUARIO DE LA VOLQUETA														
NOMBRE DEL CONDUCTOR: <u>Alejandro Malave</u>				C.C. <u>9132994</u>										
FECHA:		HORA:		PLACA:		KILOMETRAJE:								
SOAT: <u>SI</u>				VENCE:										
REVISION TECNICO MECANICA. VENCE:				PLACAS: <u>UQY 967</u>										
CONDICIONES DEL USUARIO														
Esta en condiciones de salud y descanso para usar el vehiculo (sin malestar, mareos, fiebre, sueño, u otros sintomas)				SI	NO	OBSERVACIONES/HALLAZGOS								
				X										
CONDICIONES DEL VEHICULO														
ITEM		LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		OBSERVACIONES
		C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Estado de llantas y guardapolvos		Verificar la profundidad del labrado, presion, cortaduras o protuberancias y estado de las salpicaderas o guardapolvos		X		X		X		X		X		
Luces y bocina		Verificar el funcionamiento correcto de luces altas y bajas, posicion direccionales, frenos, reversa, estacionar y bocina.		X		X		X		X		X		
Espejos		Verificar la posicion y limpieza de los espejos laterales y central		X		X		X		X		X		
Nivel de lquidos		Verifica el aceite, liquido de frenos (si son hidraulicos) implaparabrisas, refrigerante, y direccion hidraulica si aplica		X		X		X		X		X		
Fugas de fluidos		verifica que no existan fugas ni humedades en el habitaculo del motor y en el piso donde se parquea		X		X		X		X		X		
Presion y fugas de aire		verifica que la presion sea adecuada en el manometro y que no existan fugas		X		X		X		X		X		
Estado de frenos		Verifica la tension, estados del sistema y el funcionamiento del freno de seguridad		X		X		X		X		X		
Parabrisas		verifica que no este fisurado y el funcionamiento de las alambres		X		X		X		X		X		
Elementos de retencion		verificar el estado de cinturon de seguridad, anclaje de las sillas y su funcionamiento		X		X		X		X		X		
Equipos de prevencion		revisar caja de herramientas, extintor, botiquin, conos, tacos, linterna, llanta de repuesto, gato, cruceta y chaleco reflectivo		X		X		X		X		X		
Luces de tablero, testigos y manómetros		Antes de iniciar la marcha, verificar que todos los testigos, excepto el de paqueo, esten apagados, verificar el correcto funcionamiento de los manómetros.		X		X		X		X		X		
Estado de la direccion y la suspension		verificar el estado de rotulas, terminales, ballestas y amortiguadores.		X		X		X		X		X		
Firma del conductor:		<u>Alejandro Malave</u>		X		9132994		X						
Firma del supervisor:														
OBSERVACIONES:		Cambio de extintor abril. Reaprobacion de 18 al 20 de abril												

565789
50200001506

CONSORCIO SIVA VIAS	CONSORCIO SIVA VIAS SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CHECK LIST VOLQUETA		Fecha de aprobacion 14/11/2023 Version:1 Página: 1 de 1											
	INFORMACION GENERAL DEL USUARIO DE LA VOLQUETA													
	NOMBRE DEL CONDUCTOR: <u>MARLON BARRON</u>		C.C. <u>1010108111</u>											
FECHA: _____		HORA: _____		PLACA: _____										
SOAT: _____		VENCE: _____		KILOMETRAJE: _____										
REVISION TECNICO MECANICA. VENCE: _____		PLACAS: _____												
CONDICIONES DEL USUARIO														
Esta en condiciones de salud y descanso para usar el vehiculo (sin malestar, mareos, fiebre, sueño, u otros sintomas)		☒ SI	☐ NO	OBSERVACIONES/HALLAZGOS										
CONDICIONES DEL VEHICULO														
ITEM		LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		OBSERVACIONES
		C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Estado de llantas y guardapolvos	Verificar la profundidad del labrado, presion, cortaduras o protuberancias y estado de las salpicaderas o guardapolvos	X		X		X		X		X		X		
Luces y bocina	verificar el funcionamiento correcto de luces altas y bajas, poscion direccionales, frenos, reversa, estacionarias y bocina.	X		X		X		X		X		X		
Espejos	Verificar la poscion y limpieza de los espejos laterales y central	X		X		X		X		X		X		
Nivel de liquidos	Verifica el aceite, liquido de frenos (si son hidraulicos) limpiaparabrisas, refrigerante, y direccion hidraulica si aplica	X		X		X		X		X		X		
Fugas de fluidos	verifica que no existan fugas ni humedades en el habitaculo del motor y en el piso donde se parquea	X		X		X		X		X		X		
Presion y fugas de aire	verifica que la presion sea adecuada en el manometro y que no existan fugas	X		X		X		X		X		X		
Estado de frenos	Verifica la tension, estados del sistema y el funcionamiento del freno de seguridad	X		X		X		X		X		X		
Parabrisas	verifica que no este fisurado y el funcionamiento de los lavaparabrisas	X		X		X		X		X		X		
Elementos de retencion	verificar el estado de cintruron de seguridad, anclaje de las sillas y su funcionamiento	X		X		X		X		X		X		
Equipos de prevencion	revisar caja de herramientas, extintor, botiquin, conos, tacos, linterna, llanta de repuesto, gato, cruceta y chaleco reflectivo	X		X		X		X		X		X		
Luces de tablero, testigos y manómetros	Antes de iniciar la marcha, verificar que todos los testigos, excepto el de paqueo, esten apagados, verificar el correcto funcionamiento de los manómetros.	X		X		X		X		X		X		
Estado de la direccion y la suspension	verificar el estado de rotulas, terminales, ballestas y amortiguadores.	X		X		X		X		X		X		
Firma del conductor: <u>X. Marlon Barron</u>		<u>10/10/08/11</u>				<u>X</u>				<u>Marlon</u>				
Firma del supervisor: _____														
OBSERVACIONES:		<u>Proferacional del 18 al 20 de abril</u>												

CONSORCIO SIVA VIAS		CONSORCIO SIVA VIAS		Fecha de aprobación 14/11/2023										
		SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Version:1										
		CHECK LIST VOLQUETA		Página: 1 de 1										
INFORMACION GENERAL DEL USUARIO DE LA VOLQUETA														
NOMBRE DEL CONDUCTOR: Nelson Saez				C.C. 1084094326										
FECHA: 24/04/24		HORA:		PLACA: AP6625 KILOMETRAJE:										
SOAT: 30				VENCE: 03/04/25										
REVISION TECNICO MECANICA. VENCE: 30				PLACAS: 03/04/25										
CONDICIONES DEL USUARIO														
Esta en condiciones de salud y descanso para usar el vehículo (sin malestar, mareos, fiebre, sueño, u otros síntomas)				SI ☒	NO ☐									
				OBSERVACIONES/HALLAZGOS										
CONDICIONES DEL VEHICULO														
ITEM		LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		OBSERVACIONES
		C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Estado de llantas y guardapolvos	Verificar la profundidad del labrado, presión, cortaduras o protuberancias y estado de las salpicaderas o guardapolvos	X						X						
Luces y bocina	Verificar el funcionamiento correcto de luces altas y bajas, posición direccionales, frenos, reversa, estacionarias y bocina.							X						
Espejos	Verificar la posición y limpieza de los espejos laterales y central							X						
Nivel de líquidos	Verifica el aceite, líquido de frenos (si son hidráulicos) limpiaparabrisas, refrigerante, y dirección hidráulica si aplica							X						
Fugas de fluidos	Verifica que no existan fugas ni humedades en el habitáculo del motor y en el piso donde se parquea							X						
Presión y fugas de aire	Verifica que la presión sea adecuada en el manómetro y que no existan fugas							X						
Estado de frenos	Verifica la tensión, estados del sistema y el funcionamiento del freno de seguridad							X						
Parabrisas	Verifica que no este fisurado y el							X						
Elementos de retención	Verificar el estado de cinturón de seguridad, anclaje de las sillas y su funcionamiento							X						
Equipos de prevención	Revisar caja de herramientas, extintor, botiquín, conos, tacos, linterna, llanta de repuesto, gato, cruceta y chaleco reflectivo							X						
Luces de tablero, testigos y manómetros	Antes de iniciar la marcha, verificar que todos los testigos, excepto el de paqueo, estén apagados, verificar el correcto funcionamiento de los manómetros.							X						
Estado de la dirección y la suspensión	Verificar el estado de rotulas, terminales, ballestas y amortiguadores.							X						
Firma del conductor: Nelson Saez														
Firma del supervisor: Elvira Necha														
OBSERVACIONES: Preoperacional Del 22 al 27 de 2024														

CONSORCIO SIVA VIAS 		CONSORCIO SIVA VIAS SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CHECK LIST VOLQUETA		Fecha de aprobacion 14/11/2023 Version:1 Página: 1 de 1										
		INFORMACION GENERAL DEL USUARIO DE LA VOLQUETA												
		NOMBRE DEL CONDUCTOR: <u>William Padilla</u>		PLACA: <u>64A 95</u>		C.C. <u>712583</u>								
FECHA: <u>24/04/24</u>		HORA:		KILOMETRAJE:										
SOAT: <u>SP</u>		VENCE:		PLACAS:										
REVISION TECNICO MECANICA. VENCE: <u>SP</u>														
CONDICIONES DEL USUARIO														
Esta en condiciones de salud y descanso para usar el vehiculo (sin malestar, mareos, fiebre, sueño, u otros síntomas)				☒ SI	☐ NO									
CONDICIONES DEL VEHICULO														
ITEM		LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		OBSERVACIONES
		C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Estado de llantas y guardapolvos	Verificar la profundidad del labrado, presion, cortaduras o protuberancias y estado de las salpicaderas o guardapolvos	X				X		X						
Luces y bocina	verificar el funcionamiento correcto de luces altas y bajas, posicon direccionales, frenos, reversa, estacionarlas y bocina.	X				X		X						
Espejos	Verificar la posicon y limpieza de los espejos laterales y central	X				X		X						
Nivel de lquidos	Verifica el aceite, liquido de frenos (si son hidraulicos) limpiaparabrisas, refrigerante, y direccion hidraulica si aplica	X				X		X						
Fugas de fluidos	verifica que no existan fugas ni humedades en el habitaculo del motor y en el piso donde se parquea	X				X		X						
Presion y fugas de aire	verifica que la presion sea adecuada en el manometro y que no existan fugas	X				X		X						
Estado de frenos	Verifica la tension, estados del sistema y el funcionamiento del freno de seguridad	X				X		X						
Parabrisas	verifica que no este fisurado y el	X				X		X						
Elementos de retencion	verificar el estado de cinturon de seguridad, anclaje de las sillas y su funcionamiento	X				X		X						
Equipos de prevencion	revisar caja de herramientas, extintor, botiquin, conos, tacos, linterna, llanta de repuesto, gato, cruceta y chaleco reflectivo	X				X		X						
Luces de tablero, testigos, manómetros	Antes de iniciar la marcha, verificar que todos los testigos, ecepto el de paqueo, esten apagados, verificar el correcto funcionamiento de los manómetros.	X				X		X						
Estado de la direccion y la suspension	verificar el estado de rotulas, terminales, ballestas y amortiguadores.	X				X		X						
Firma del conductor:														
Firma del supervisor:														
OBSERVACIONES:		<u>Preferencia de 22 al 23 de abril 2024</u>												

PROYECTO / CONTRATO:

MEJORAMIENTO DE LA VIA QUE CONDUCE DE VILLA DE LEYVA A ARCABUCO, MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA, BOYACA

CIUDAD / UBICACIÓN:

Villa de Leyva

SEMANA DEL 06

AL

11

D8

DE Mayo 2024

RESPONSABLE INSPECCION:

Evangelina Medina

[illegible]

FIRMA NOMBRE DEL TRABAJADOR :

maicol RICO

FIRMA DEL TRABAJADOR :

FIRMA DEL TFR

Exana Medlen

[illegible]

maicol Rico



PROYECTO / CONTRATO: MEJORAMIENTO DE LA VÍA QUE CONDUCE DE VILLA DELEYVA A ARCABUCO, MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA, BOYACÁ

CIUDAD / UBICACIÓN: Villa de Leyva

SEMANA DEL	22	AL	27	DE	AGO.	2024
------------	----	----	----	----	------	------

RESPONSABLE INSPECCION: Manu N. Alm

HERRAMIENTA	REVISION	CANTIDAD	DIA DE INSPECCION / ESTADO														
			LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Llaves para Tubo	Dientes, Resorte, Mango		X		X			X			X			X			
Pinzas	Mango, Aislamiento, Estado general		—		—			—			—			—			
Alicates	Mango, Aislamiento		—		—			—			—			—			
Llaves Expansivas	Mango, Estado general		—		—			—			—			—			
Destornilladores Pala	Mango, Pala, Aislamiento		—		—			—			—			—			
Destornilladores Estrella	Mango, Estrella, Aislamiento		—		—			—			—			—			
Limas	Mango, Estado general		X		X			X			X			X			
Cuchillas	Mango, Estado general		—		—			—			—			—			
Niveles	Estado general		X		X			X			X			X			
Juego de Llaves de copa	Estado general		—		—			—			—			—			
Juego de Llaves Mixtas	Estado general		—		—			—			—			—			
Macetas	Mango, Hoja		X		X			X			X			X			
Cizalla Cortacable	Estado general		—		—			—			—			—			
Juego de Sacabocados de Presion	Pernos		—		—			—			—			—			
Tarrazas	Dados, Volvedor, Estrias, uña volvedor, Mango volvedor		—		—			—			—			—			
Tripodes	Estado general		X		X			X			X			X			
Extensiones	Tomas, Estado de cables		—		—			—			—			—			
Lámparas	Cable de Poder, Conexión		—		—			—			—			—			
Linternas	Estado general		—		—			—			—			—			
Polea	Rodamiento, Estado General		—		—			—			—			—			
Palas	Revisar ajuste del mango, Astillas		X		X			X			X			X			
Palines	Revisar ajuste del mango, Astillas		X		X			X			X			X			
Paladragas	Mangos, Resortes, Ejes		—		—			—			—			—			
Barras	Estado general		X		X			X			X			X			
Picos	Mango, pica		X		X			X			X			X			
Martillo de uña	Mango, Estado de la Uña		—		—			—			—			—			
Martillo de Bola	Mango, maso		X		X			X			X			X			
Macetas	Mango, maso		—		—			—			—			—			
Cinceles	Estado general		X		X			X			X			X			
Serruchos	Mango, Revisar dientes trabados.		X		X			X			X			X			
Chetes con funda	Revisar mango, hoja		X		X			X			X			X			
Esmeriladora	Estado general		X		X			X			X			X			
Cinta métrica	Estado general		X		X			X			X			X			
Caretas para esmerilar	Acetato, Tafilite		—		—			—			—			—			
Termos para agua	Estado general		X		X			X			X			X			
Carretillas	Platon, Mangos, Llantia		X		X			X			X			X			
OTROS																	
								</									

FIRMA NOMBRE DEL TRABAJADOR:

FIRMA DEL TRABAJADOR:

Diego Claus

Dugo Hues

PROYECTO / CONTRATO: MEJORAMIENTO DE LA VÍA QUE CONDUCE DE VILLA DELEYVA A ARCABUO, MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA, BOYACA

CIUDAD / UBICACIÓN:	Villa de Leyva
---------------------	----------------

SEMANA DEL	1013	AL	206	DE	03212024
------------	------	----	-----	----	----------

RESPONSABLE INSPECCION:

Clara Mecher

			DIA DE INSPECCION / ESTADO													
HERRAMIENTA	REVISION	CANTIDAD	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Llaves para Tubo	Dientes, Resorte, Mango		X		X		X		X		X		X			
Pinzas	Mango, Aislamiento, Estado general															
Alicates	Mango, Aislamiento															
Llaves Expansivas	Mango, Estado general															
Destornilladores Pala	Mango, Pala, Aislamiento															
Destornilladores Estrella	Mango, Estrella, Aislamiento															
Limas	Mango, Estado general		X		X		X		X		X		X			
Cuchillas	Mango, Estado general															
Niveles	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Juego de Llaves de copa	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Juego de Llaves Mixtas	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Macetas	Mango, Hoja		X		X		X		X		X		X			
Cizalla Cortacable	Estado general															
Juego de Sacabocados de Presion	Pernos															
Tarrajás	Dados, Volvedor, Estrias, uña volvedor, Mango volvedor															
Tripodes	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Extensiones	Tomas, Estado de cables															
Lámparas	Cable de Poder, Conexión															
Linternas	Estado general															
Polea	Rodamiento, Estado General															
Palas	Revisar ajuste del mango, Astillas		X		X		X		X		X		X			
Palines	Revisar ajuste del mango, Astillas		X		X		X		X		X		X			
Paladragas	Mangos, Resortes, Ejes															
Barras	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Picos	Mango, pica		X		X		X		X		X		X			
Martillo de uña	Mango, Estado de la Uña															
Martillo de Bola	Mango, maso															
Macetas	Mango, maso		X		X		X		X		X		X			
Cinceles	Estado general															
Serruchos	Mango, Revisar dientes trabados.		X		X		X		X		X		X			
Macetas con funda	Revisar mango, hoja		X		X		X		X		X		X			
Rejadora	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Cinta métrica	Estado general		X		X		X		X		X		X			
Caretas para esmerilar	Acetato, Tafilite		X		X		X		X		X		X			
Termos para agua	Estado general															
Carretillas	Platon, Mangos, Llantia		X		X		X		X		X		X			
OTROS																
					</											

FIRMA NOMBRE DEL TRABAJADOR :

Elav pastor

FIRMA DEL TRABAJADOR:

elio pastor

CONTRATO DE OBRA No: 3268-2023

CONTRATISTA: COSORCIO SIVA VIAS

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abril 2024

PROYECTO: MEJORAMIENTO DE LA VIA QUE CONDUCE DE VILLA DE LEYVA A ARCABUCO, MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA, BOYACA.

VERIFICACIÓN MAQUINARIA Y EQUIPOS

No.	MAQUINA	MARCA	EMPRESA	Días del Mes																														Observaciones (Indicar novedades)
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Retroexcavadora Oruga	Volvo ECZ210CL	ByV SAS	A	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	R		R	R	R	R	R	R		R	R	R	R	R	R		R	R	
2	Vibrocompactador	CAT CS54B	ByV SAS	A	A	A	A	A	A		A	A	V	V	V	V		V	V	V	R	R	R		R	R	R	R	R	R		R	R	
3	Motoniveladora	Champion serie IV 720 A	ByV SAS	I	I	I	I	I	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	
4	Motoniveladora	Champion serie IV 710 A	BENITES	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	
5	Volqueta Sencilla	Chevrolet PXH 147	Independiente	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	R		R	R	R	R	R	R		R	R	R	R	R	R		R	R	
6	Volqueta Sencilla	Chevrolet OAI 196	Independiente	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	R		R	R	R	R	R	R		R	R	R	R	R	R		R	R	
7	Volqueta Sencilla	Inter SKN 177	Independiente	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	I	I	I	I		I	I	
8	Retroexcavadora pajarita	Caterpillar 420D	Independiente	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	
9	Carrotanque	Fuso NHR613	Independiente	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	

A=Activa
I= Inactiva
V=Varada
R= Retirada del tramo

Firma
Nombre:
Director de Obra
Matrícula Profesional No.:

FORMATO																
CÓDIGO					PROCESO										VERSIÓN	
					Area SST										2	
</																

FORMATO		
AFILIACION SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS		
CÓDIGO	PROCESO	VERSIÓN
	Area SST	2

1era copia : Interventor

2da copia: Contratista

Firma _____
(Campo destinado para la firma ORIGINAL)

Nombre _____
Residente/Especialista SST Contratista Obra/Consultor

LIC. No. _____
(fecha de expedición de la licencia SST)

Firma _____
(Campo destinado para la firma ORIGINAL)

Nombre _____
Residente/Especialista SST Interventoría

LIC. No. _____
(indicar el número de la licencia SST)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4045217

ACOSTA SAAVEDRA
APELLIDOS

JOHN FREDY
NOMBRES

John Fredy Acosta Saavedra

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1981
SORA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

B-

G.S. RH

M

SEXO

24-ABR-2000 SORA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0728100-33083186-M-0004045217-20000920

04480 C0282A 01 080347234



DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.004

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
10 DÍA	01 MES	2024 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
ORBEING S.A.S				ORBEING SAS	
Nombre de la empresa				Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
ACOSTA SAAVEDRA JOHN FREDY				Genero	Edad
Apellidos y Nombres				MASCULINO	42 AÑOS 5 MESES 13 DÍAS
				Documento de Identificación	CC
				Tipo	Número
					4045217
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO ✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
		SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: PEREZ FIGUEROA CARLOS ALBERTO		Nombre: ACOSTA SAAVEDRA JOHN FREDY			
R. M.: 914-97		CC: 4045217			
L.S.O.: 1122					
		Código de Seguridad			
		E641K1Q36004			

Medellín, 15 de Enero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

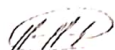
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ORBEING SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 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
C4045217	ACOSTA SAAVEDRA JOHN FREDY	10/01/2024		j1554219	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: C71834892401541720

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.234.178.27, 198.143.41.30, 172.16.42.57

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. Afiliación
B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación
A. Individual
B. Cotizante o cabeza de familia ☒
C. Cotizante o afiliado adicional
D. De otros

3. Régimen
A. Contributivo ☒
B. Subsidiado
C. De otros

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒
B. Cotizante de familia
C. Dependiente

5. Tipo de cotizante
A. Inactivo ☒
B. Independiente
C. Pensionado

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

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: **ACOSTA SAAVEDRA JOHN FREDY**

7. Tipo de documento de Identidad: **CC** 8. Número del documento de Identidad: **4045217** 9. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino 10. Fecha de nacimiento: **20 07 1981**

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: **POSITIVA** 12. Discapacidad: **NO** 13. Puntaje SISBEN: **1** 14. Grupo de población especial: **NO** 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: **COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** 16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: **\$1.850.000** 18. Residencia: **Urbana**

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: **ACOSTA SAAVEDRA JOHN FREDY**

20. Tipo de documento de Identidad: **CC** 21. Número del documento de Identidad: **4045217** 22. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino 23. Fecha de nacimiento: **20 07 1981**

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

24. Apellidos y nombres: **ACOSTA SAAVEDRA JOHN FREDY**

25. Tipo de documento de Identidad: **CC** 26. Número del documento de Identidad: **4045217** 27. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino 28. Fecha de nacimiento: **20 07 1981**

29. Paramétrico: **NO** 30. Etnia: **POSITIVA**

31. Discapacidad: **NO** 32. Datos de residencia: **Urbana**

33. Valor de la URC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): **NO**

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: **NO**

35. Código de la IPS (a registrar por la EPS): **NO**

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

36. Nombre o razón social: **ORBEING SAS** 37. Tipo de documento de Identificación: **NT** 38. Número del documento de Identificación: **901077546** 39. Ubicación: **CRA 10 5 55** 40. Municipio: **TUNJA** 41. Departamento: **BOYACA**

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad: **Reporte de Novedad**

43. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

44. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

45. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

46. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

47. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

48. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

49. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

50. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

51. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

52. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

53. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

54. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

55. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

56. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

57. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

58. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

59. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

60. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

61. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

62. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

63. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

64. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

65. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

66. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

67. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

68. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

69. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

70. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

71. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

72. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

73. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

74. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

75. Tipo de novedad: **Reporte de Novedad**

76. Descripción de la novedad: **Reporte de Novedad**

77. Fecha de la novedad: **16 01 2024**

23/1/24, 7:30

Gmail - Solicitud de Afiliación Trabajador Dependiente a COMFABOY / Bienvenida y Confirmación de Recibido. - Caso No : 53624 - J...



ORBEING SAS <orbeinco.sas@gmail.com>

Solicitud de Afiliación Trabajador Dependiente a COMFABOY / Bienvenida y Confirmación de Recibido. - Caso No : 53624 - JOHN FREDY ACOSTA SAAVEDRA / ORBEING SAS

1 mensaje

22 de enero de 2024, 17:06

Afiliaciones Comfaboy <no-reply@b24-33w0re.bitrix24.co>

Responder a: afiliacionesfront@comfaboy.com.co

Para: orbeinco.sas@gmail.com



¡Hola! ORBEING SAS nos encanta saber de ti, COMFABOY está agradecida por facilitar la elección de nuestra Caja a tus colaboradores, queremos brindarles la mejor atención y servicio.

Informamos que hemos recibido solicitud de Afiliación de Trabajador@ Dependiente de ORBEING SAS realizada por JOHN FREDY ACOSTA SAAVEDRA bajo el caso número (53624).

En estos momentos, nuestros mejores colaboradores están trabajando en ella, al Trabajador@ pronto le comunicaremos más información.

¡Cuídate! Seguimos en contacto.

Cordialmente

Equipo de Afiliaciones.

VIGILADO SuperSubsidio



 comfaboy.org

 facebook.com/comfaboy

 instagram.com/ccomfaboy/



Enviado por Bitrix24
[msg:178312-jenbs8]



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN FREDY ACOSTA SAAVEDRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.045.217**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



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 Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JOHN FREDY ACOSTA SAAVEDRA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Numero de identificación / ID Number

4045217

Fecha nacimiento / Date of birth

20/07/1981

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3118343571

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Única

Lote / Vaccine Batch

213A21A

Vacuna / Vaccine

JANSSEN
PHARMACEUTICA

Centro vacunador / Administering Center

SORA ESE CENTRO
DE SALUD SANTA
BARBARA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

07/07/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

JP2P4PGWIDFKYPU6H12
GENUWIAF2DAYOUA5ECZ2
RPOIM24K4OE4TQ

Fecha de emisión del documento / Document issued

06/07/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soporte.mivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

IV. CONDICIONES FISICAS Y FISIOLÓGICAS DEL TRABAJO

	DIRECTIVO	PROFESIONAL	P
	ASESOR	TECNICO	O
	PROFESIONAL		X
	TECNICO		
	ASISTENCIAL		

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL USADOS POR EL TRABAJADOR: al efectuar tareas en el equipo pesado deberá emplear protección en cabeza, visual, respiratoria, audilva, guantes y botas de seguridad

TIPO DE FORMACIÓN	Técnico o bachiller
-------------------	---------------------

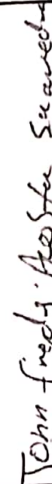
HORARIOS MANEJADOS EN EL PUESTO DE TRABAJO 8 HORAS

PRINCIPALES RIESGOS OCUPACIONALES

FÍSICO	QUÍMICO	PSICOSOCIALES		BIOMECÁNICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD		EXÁMENES MÉDICOS SOLICITADOS		FRECUENCIA DE EXÁMENES OCUPACIONALES		VACUNACIÓN
		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor. Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, identificación de la persona con la tarea y la organización). Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).	Postura (prolongada mantención, forzada, anti/gravitacionales) Esfuerzo Movimiento repetitivo Manipulación manual de cargas		Localivo (almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto) Accidentes de tránsito Públicos (Robos, alaracos, asaltos, manifestadores, desorden público, etc) Trabajo en alturas Espacios confinados	Ingreso Periódicos De Retiro	Revisión médica con ensayos osteomuscular Perfil lipídico Audiometría Oplemetría	Flujo de emalilla Tétanos/Difteria Hepatitis A	Otros	Otros	
Mordeduras Filidos y excoriaciones Ruido Iluminación Vibración Temperatura Presión atmosférica Radiación ionizante Radiación no ionizante Polvo inorgánico, orgánico Fibras Líquidos Gases y vapores Humos Material particulado	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor. Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, identificación de la persona con la tarea y la organización). Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).	Postura (prolongada mantención, forzada, anti/gravitacionales) Esfuerzo Movimiento repetitivo Manipulación manual de cargas	Localivo (almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto) Accidentes de tránsito Públicos (Robos, alaracos, asaltos, manifestadores, desorden público, etc) Trabajo en alturas Espacios confinados	Ingreso Periódicos De Retiro	Revisión médica con ensayos osteomuscular Perfil lipídico Audiometría Oplemetría	Flujo de emalilla Tétanos/Difteria Hepatitis A	Otros	Otros	Flujo de emalilla Tétanos/Difteria Hepatitis A	Otros	Otros

CONVERSIONES	
Riesgo al que esta expuesto	☐
	☒

	<p>ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL</p> <p>NOMBRE COMPLETO: CARLOS JOFRE ROBAYO BERRIO</p>	<p>CEDEXA</p>
---	---	---------------

	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA: LIDA CONSTANZA CAMACHO GUIMABAYA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
JEFE GESTIÓN HUMANA	TRABAJADOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 7.315.602

ROBAYO BERRIO

APELLIDOS

CARLOS JOFRED

NOMBRES

Carlos Jofred Robayo

FIRMA



REPÚBLICA DE
COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1978
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

24-FEB-1997 CHIQUINQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0700100-01010304-M-0007315602-20180525

0061300742A*1

9904467580

DEPARTAMENTO DE ESTADO CIVIL



DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



N° 39,196

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
08	04	2024	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				ORBEING SAS	
ORBEING S.A.S				Empresa en misión	
Nombre de la empresa					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
ROBAYO BERRIO CARLOS JOFRED			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	45 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC 7315602
Carga					Tipo Número
COORDINADOR HSEQ					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: PEREZ FIGUEREDO CARLOS ALBERTO			Nombre: ROBAYO BERRIO CARLOS JOFRED		
R. M.: 914-97 L.S.O.: 1122			CC: 7315602		
Código de Seguridad					
G641M1S39196					

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 ORBEING SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C7176521	ECHEVERRIA ROJAS WILIAN ALBERCIO	10/01/2023		Z2021240	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049656655	GARZON CASTILLO CAMILO ANDRES	10/01/2023		12918416	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C4046857	GONZALEZ ARIAS VICTOR MANUEL	10/01/2023		18rf1251	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C7161459	INFANTE MOLINA JOSE DOMINGO	10/01/2023		22559284	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C4081371	JIMENEZ SUSPES JOSE LUIS	10/01/2023		192215FP	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C6776349	LOPEZ CASALLAS ALFONSO	10/01/2023		18622816	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1056572793	MANCIPE MARTINEZ JOSE WILMER	10/01/2023		8S61r223	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C4046937	MORENO BERNAL JOSE EFRAIN	10/01/2023		95L24219	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C7170139	NIÑO MARTINEZ FREDY GIOVANNI	10/01/2023		17019361	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049637501	OTALORA RODRIGUEZ ANA FERNANDA DE LOS ANGELES	10/01/2023		13529r18	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1058275149	PEREZ PINTO DEISY VIVIANA	10/01/2023		6414810l	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049647738	PEREZ VARGAS ANDRES FELIPE	15/01/2023		Q131Q167	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049657060	PINEDA LUIS MAICOL ANDRES	10/01/2023		8*633815	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C33377655	PINEDA SANTIAGO NANCY YOLANDA	10/01/2023		227199i1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049608847	PUIN CONTRERAS VICTOR MANUEL	10/01/2023		z0161134	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049636721	QUIJANO OROZCO HARNEY LEONARDO	10/01/2023		91172170	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C7315602	ROBAYO BERRIO CARLOS JOFRED	10/01/2023		3C160292	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1049651736	ROBERTO GIL HAROLD DAVID	10/01/2023	31/12/2023	1187j167	ESTUDIANTE APORTE SOLO RIESGOS LABORALES (DEC 1072 DE 2015)	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: C71834892302826619

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 28/01/2023 07:23:39.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.114.118.31, 192.230.104.3, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

Bogotá, 30 de Enero de 2023

Señor(a):

ORBENS S.A.S.

901077546

Asunto: Solicitud Novedad Redación Laboral ID 3197836

Condiel salud

Nos permito informarle el resultado de la novedad de inicio de la redación laboral para el afiliado(a) CARLOS JOFRED ROBAYO BERRIO identificado(a) con número de identificación CC 7315602:

Fecha de radicación	12/01/2023
Nro solicitud	500721882
Salario (BCL)	\$ 1.368.000
Fecha de ingreso a laborar	11/01/2023
Estado Cargue Novedad	Novedad cargada con éxito

[El link citado está oculto]

Afiliaciones EPS Sanitas <afiliacioneseps@eps-sanitas.com>
Para: ingenierobenitez@gmail.com



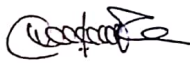
30 de enero de 2023, 19:15

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS JOFRED ROBAYO BERRIO** identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número **7315602**, se encuentra afiliado/a desde **07/07/2006** 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 15 de julio de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1-056-572-793

MANCIPE MARTINEZ

APELLIDOS JOSE WILMER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1989

PAIPA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1:73 O+ M

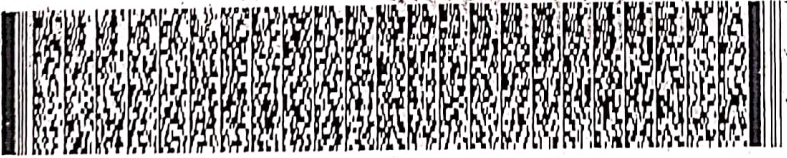
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-NOV-2007 SOTAQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0728300-00165267-M-1056572793-20090731 0014247768H 1 25229326



DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



N° 36.093

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	01 MES	2024 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ORBEING S.A.S				ORBEING SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MANCIPE MARTINEZ JOSE WILMER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	34 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC	1056572793
						Tipo	Número
INGENIERO (A) RESIDENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
					FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la Interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: PEREZ FIGUEREDO CARLOS ALBERTO				Nombre: MANCIPE MARTINEZ JOSE WILMER			
R. M.: 914-97				CC: 1056572793			
L.S.O.: 1122							
Código de Seguridad							
U641A1G36093							

Medellín, 15 de Enero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

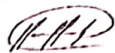
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ORBEING SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 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
C1056572793	MANCIPE MARTINEZ JOSE WILMER	10/01/2024		3161171W	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: C71834892401541720

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.234.178.27, 198.143.41.30, 172.16.42.57

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



No. de Radicación: 71601017101714 Fecha de Radicación: 7/10/2017

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual • Colizante o cabeza de familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Colizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	Código (a registrar por la EPS) <u>01</u>
5. Tipo de colizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐					

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

6. Apellidos y nombres <u>HABIBER</u>	7. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	8. Número de documento de identidad <u>1.056.532.793</u>	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento <u>10/10/1984</u>
--	---	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia <u>EUROPEA</u>	12. Discapacidad Tipo <u>N</u> Condición <u>P</u>	13. Puntaje SISBEN <u>2-24</u>	14. Grupo de población especial <u>POBUNDO AVIUM</u>	15. Administradora de riesgos laborales - ARL <u>BOYACA</u>	16. Administradora de pensiones <u>BOYACA</u>
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>\$ 3.000.000</u>	18. Residencia <u>Calle 13 # 38</u>	19. Municipio / Distrito <u>TUNJA</u>	20. Zona Urbana ☒ Rural ☐	21. Localidad / Comuna <u>BOYACA</u>	22. Departamento <u>BOYACA</u>

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

19. Apellidos y nombres <u>AGUIRRE</u>	20. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	21. Número de documento de identidad <u>1033411762</u>	22. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento <u>09/01/1981</u>
---	--	--	--	---

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino / Masculino
<u>HABIBER</u>	<u>AGUIRRE</u>	<u>THOMAS</u>	<u>DAVID</u>	<u>CC</u>		☒
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
<u>DOMINICANA</u>	<u>Padre</u>	<u>E</u>	<u>N</u> <u>P</u>	<u>TUNJA</u> <u>Urbana</u> <u>BOYACA</u> <u>3132939113</u>	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS <u>Col</u>	35. Nombre o razón social <u>OPBCLINICA SAS</u>	36. Tipo de documento de identificación <u>CC</u>
37. Número del documento de identificación <u>901077540-9</u>	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) <u>BOYACA</u>	
39. Ubicación <u>Calle 27 # 47-30</u>	40. Municipio / Distrito <u>TUNJA</u>	41. Departamento <u>BOYACA</u>

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	13. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación ☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
2. Corrección datos básicos de identificación ☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para colizar ☐	14. Traslado:
3. Actualización documento de identidad ☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir colizando ☐	A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	15. Reporte por fallecimiento ☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐
Código inscripción en la EPS ☐		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	42. Fecha <u>02/10/2017</u>
Primer Apellido <u>HABIBER</u> Segundo Apellido <u>AGUIRRE</u> Primer Nombre <u>THOMAS</u> Segundo Nombre <u>DAVID</u>	
Tipo de documento de identidad <u>CC</u> Número de documento de identidad <u>1033411762</u>	
43. EPS anterior <u>BOYACA</u>	44. Muestra de traslado <u>BOYACA</u>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒
46. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del colizante 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. ☒
47. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐
48. Declaración de no intervención del colizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐	
49. Declaración de que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del colizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒	

VIII. FIRMAS

54. El colizante, cabeza de familia o beneficiario <u>[Firma]</u>	55. El empleador, representante o responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio <u>[Firma]</u>
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant ☐ RC ☐ Cant ☐ T ☐ Cant ☐ CC ☐ Cant ☐ PA ☐ Cant ☐ CE ☐ Cant ☐ CQ ☐ Cant ☐ SC ☐ Cant ☐ Total ☐	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐	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 colizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
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. ☐	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐	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. ☐

Y DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE WILMER MANCIPE MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,056,572,793, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Octubre de 2019.

Gerente de Clientes

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes



Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD

TUNJA.

FECHA

Día

Mes

Año

Uso Exclusivo de Comfaboy:

Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR:

ORBEIUB SAS

NIT./C.C./C.E.

901097546-9

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:

MARCOS

SEGUNDO APELLIDO:

MARTINEZ

NOMBRES:

JOSE WILHER.

DOCUMENTO: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐No. 1056.572.793 P.P.T. ☐

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

Calle 13 # 38. 2-24. Conjunto Avium Tunja

CIUDAD RESIDENCIA:

Boyacá

DEPARTAMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO

TELEFONO FIJO:

ESTADO CIVIL:

SOLTERO ☐CASADO ☒UNIÓN LIBRE ☐SEPARADO ☐VIUDO ☐

CELULAR: 3132999113

ORIENTACIÓN SEXUAL:

HETEROSEXUAL ☒HOMOSEXUAL ☐BISEXUAL ☐INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐SECUNDARIA ☐TÉCNICO ☐TECNOLÓGICO ☐PREGRADO ☒POSTGRADO ☒

CORREO ELECTRÓNICO:

ingenierosbenitez@gmail.com

TIPO DE DISCAPACIDAD: No

CONTRATO:

INDEFINIDO ☒TÉRMINO FIJO ☐TIEMPO PARCIAL ☐

FECHA

DÍA

MES

AÑO

CIUDAD DONDE TRABAJA

INGRESO MENSUAL (\$):

3'000.000

HORAS LABORADAS MES:

192

ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☒ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☒LOTE ☐NINGUNO ☐ARRIENDO ☐

SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR:

URBANO ☒RURAL ☐

¿A RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD?

SÍ ☒NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐
			No. DOCUMENTO:
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:		SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)		

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO		DOCUMENTO IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	GRADO DE ESCOLARIDAD	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
				M	F					
MARCOS	ABUQUE	THOMAS	DAVID	X		RC.1050634670	02.12.22	X		

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguna), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otra)

3°. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐
-------------------	---------------	--

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 991800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de la dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos establecidos en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la política de privacidad, para que en el desarrollo de los mismos se sirva, recolector, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercado para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos; Se comprometo a que la base de datos en la que se encuentran mis datos personales es tratada cumpliendo con los medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Los datos personales no serán cedidos a terceros sin mi consentimiento expreso, electrónico o telefónico. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política de Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co o por correo electrónico a protecciondatos@comfaboy.com.co, o hacerla en cualquiera de las oficinas de COMFABOY. Asimismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejos por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro por el titular de la información, Al diligenciar y firmar, este formulario, haber leído y comprendido la política de privacidad y haberla aceptado, y comprometo a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mí persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales o administrativas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

[Firma del Trabajador]
FIRMA DEL TRABAJADOR

[Firma y Sello del Empleador]
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:

Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

Des 0301001030



CERTIFICADO DE INDUCCION Y REINDUCCION

NOMBRE DEL TRABAJADOR José Wilmer Mancipe Martínez

CIUDAD TUNJA

CARGO Ingeniero

FECHA 04/04/24

TIPO DE VINCULACIÓN



DEPENDIENTE



INDEPENDIENTE

OBJETIVO: DAR LOS LINEAMIENTOS MINIMOS PARA QUE EL TRABAJADOR DESARROLLE SU TRABAJO

1. A CONTINUACION SE DESCRIBEN LOS TEMAS VISTOS EN LA INDUCCION (SEGURIDAD, SALUD Y AMBIENTE), LOS CUALES SON ELEMENTALES DENTRO DE SU BUEN DESEMPEÑO EN EL TRABAJO

- ☒ A. NORMAS, POLÍTICAS Y RESPONSABILIDADES EN CALIDAD, SEGURIDAD, SALUD Y AMBIENTE
- ☒ B. DEBERES Y RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS
- ☒ C. RIESGOS Y MEDIDAS DE CONTROL EN EL LUGAR DE TRABAJO (DIVULGACION MATRIZ DE RIESGOS)
- ☒ D. REGLAMENTO DE SEGURIDAD / REGLAMENTO DE TRABAJO (DEBERES Y DERECHOS)
- ☒ E. CONCEPTO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO
- ☒ F. CONCEPTO DE ENFERMEDAD LABORAL
- ☒ G. INSTRUCCIONES "QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE"
- ☒ H. USO Y MANTENIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
- ☒ I. PLAN DE EMERGENCIAS (MEDEVAC)
- ☒ J. GESTIÓN AMBIENTAL : CLASIFICACION Y DISPOSICION DE RESIDUOS, USO EFICIENTE DE RECURSOS
- ☒ K. MARCO LEGAL (ACCIDENTE, ARL, GESTION AMBIENTAL)
- ☒ L. COMITÉ DE CONVIVENCIA, SALUD MENTAL Y ACOSO LABORAL
- ☒ M. PROGRAMAS DE GESTION SST Y AMBIENTAL

INDUCCIÓN REALIZADA POR

NOMBRE CARLOS J ROBAJO BERRIO

CARGO RESP. SST

FIRMA

FIRMA DEL TRABAJADOR

	GESTIÓN DE SST FORMATO	Código:	
	EVALUACION INDUCCION Y REINDUCCION	Versión:	
		Fecha:	

NOMBRE COMPLETO: José Wilmer Mancipe M CARGO: INGENIERO RESIDENTE

FECHA: 04/04/24 CIUDAD: TUNJA CAPACITADOR: CARLOS J ROJAS BEZPIO

SELECCIONE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:

1. CUÁLES DE LAS SIGUIENTES POLÍTICAS ESTÁN ESTABLECIDAS LA EMPRESA:

- A. Política de Calidad, Política de HSE, Política de EPP
- ☒ B. Política integral, Política de Seguridad Vial, Política de EPP
- C. Política SST, Política de prohibición de uso de alcohol y drogas
- D. Política Ambiental y de Recursos Naturales

2. EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO, QUIEN CUBRE SU INCAPACIDAD:

- A. El Sisbén y el estado
- ☒ B. La ARL (administradora de riesgos laborales)
- C. La empresa
- D. La EPS (entidad promotora de salud)

3. ¿QUÉ ENTIENDE POR ACCIDENTE DE TRABAJO?

- A. Suceso repentino que NO ocasiona ninguna lesión en el cuerpo humano.
- ☒ B. Suceso repentino que causa en el trabajador una lesión física, una perturbación funcional o incluso la muerte como resultado de las operaciones que desempeña
- C. Pérdida de tiempo que se produce en mi trabajo.
- D. ninguna de las anteriores.

4. CUANDO OCURRE UN "CASI ME CAIGO" "CASI ME CORTO" ES:

- A. Accidente de trabajo
- ☒ B. Incidente de trabajo
- C. Enfermedad en el trabajo
- D. Ninguna de las anteriores

5. QUE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL) DEBO UTILIZAR EN LAS LABORES QUE REALIZO

- A. Ningún elemento porque mi labor no lo requiere
- B. Solo protector solar
- ☒ C. Casco, gafas, protector auditivo, guantes, botas y cualquier otro elemento necesario para desarrollar con seguridad la labor
- D. Solo debo utilizar los que necesite de acuerdo al clima

6. QUE DEBO HACER EN CASO DE EMERGENCIA

- A. Gritar fuertemente y pedir auxilio mientras corro
- ☒ B. Conservar la calma, esperar indicaciones del brigadista de acuerdo a la emergencia, ubicar las rutas de evacuación, llegar al punto de encuentro en caso de ser evacuados.
- C. Tratar de controlar yo mismo la emergencia sin importar si estoy o no preparado para hacerlo
- D. Nada

7. A QUE ESTOY EXPUESTO EN MI TRABAJO

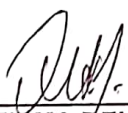
- A. Caídas, golpes, cortaduras, muerte por acciones terroristas o desastres naturales
- B. Fatiga por carga laboral, lumbagos, atropellamientos
- C. Estrés, dolor de cabeza por ruido, contagios de virus y bacterias presentes en el ambiente
- ☒ D. Todas las anteriores

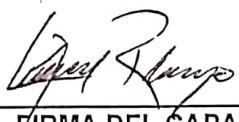
8. ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES FUNCIONES CORRESPONDEN AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL?

- A. Programar las fiestas de cumpleaños
- B. Discutir temas de salarios y comisiones
- ☒ C. Discutir temas de acoso y ambiente laboral
- D. Discutir temas de brigadistas e investigación de accidentes

9. QUE RESPONSABILIDADES TENGO EN SEGURIDAD Y AMBIENTE

- A. Reportar accidentes e incidentes
- B. Participar en actividades programadas
- C. Procurar el cuidado de mi salud (Autocuidado)
- ☒ D. Todas las anteriores


FIRMA DEL TRABAJADOR


FIRMA DEL CAPACITADOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6762866

NUMERO

CASTELBLANCO PEREZ

APELLIDOS

ISIDRO

NOMBRES

Isidro Castelblanco Perez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

SORACA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

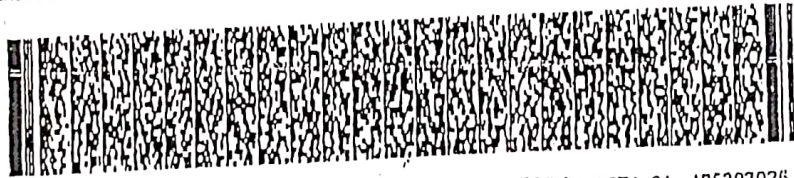
A+
G.S. RH

M
SEXO

03-MAR-1978 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-0700100-33103091-M-0008782086-20020729

0583402207A.01 125393026



DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra. 10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.067

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	10 MES	2023 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ORBEING S.A.S				ORBEING SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CASTELBLANCO PEREZ ISIDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	63 AÑOS 9 MESES 1 DÍAS	CC	6762866
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Operario (A)							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE PSA				USO DE EPP			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE ENTREGA ORDEN DE LABORATORIO PARA PRACTICARLO EN LA EPS							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: Carlos				Nombre: CASTELBLANCO PEREZ ISIDRO			
R. M.: 914-97 L.S.O.: 1122				CC: 6762866			
				Código de Seguridad			
				F641L1R34067			



Medellín, 03 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ORBENG SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número	Nombre	Fecha Inicio	Fecha fin	Código de Tipo	Estado
C6762866	CASTELBLANCO PEREZ ISIDRO	10/01/2023		236E243b	DEPENDIEN EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: CT18348230352688

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.169.8.96, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Bogotá, 30 de Enero de 2023

Señor(a):

ORBENG S.A.S.

801077646

Asunto: Solicitud Novedad Relación Laboral ID 3197836

Cordial saludo

Permítame informarle el resultado de la novedad de inicio de la relación laboral para el afiliado(a) ISIDRO CASTELBLANCO PEREZ identificado(a) con número de identificación CC 6762866:

Fecha de radicación	25/01/2023
Nro solicitud	500721869
Salario (IBC)	\$ 1.316.700
Fecha de Ingreso a laborar	10/01/2023
Estado Carga Novedad	Novedad cargada con éxito

[El texto citado está oculto]

30 de enero de 2023, 19:15

Afilaciones EPS Sanitas <afilacioneseps@epsanitas.notfly-ll.com>
Para: Ingenierosbenitez@gmail.com

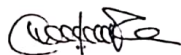


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ISIDRO CASTELBLANCO PEREZ** identificado/a con documento de Identidad Cédula de Ciudadanía número **6762866**, se encuentra afiliado/a desde **22/01/1979** 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 21 de junio de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

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

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



Diligencie este Formulario para Afiliación de Trabajadores según lo explicado al respaldo del formulario.

Cra. 10 N°. 16-81 • Tels.: 744 1515 - 744 1533 - Tunja

CIUDAD TUNJA FECHA 13 01 20

Uso Exclusivo de Comfabor, Código Empresa: 66400

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: ORBEING SAS. NIT./C.C./C.E. 901077546-9

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: <u>CASTELBLANCO</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>PEREZ</u>	NOMBRES: <u>ISIDRO</u>	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>6462.866</u>	C.C. ☐	C.E. ☐	T.I. ☐
DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>Cra 11 # 4-12. Apto 302</u>	CIUDAD RESIDENCIA: <u>TUNJA</u>	DEPARTAMENTO: <u>BOYACÁ</u>	TELÉFONO FIJO: <u>314 4045685</u>	NÚMERO DE CELULAR: <u>314 4045685</u>		
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO						
NIVEL ACADÉMICO: ☐ BÁSICA PRIMARIA ☒ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☐ POSTGRADO						
CORREO ELECTRÓNICO						
CONTRATO: ☒ INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☐ POR TAREA	FECHA INGRESO: <u>13</u> <u>01</u> <u>20</u>	FECHA TERMINACIÓN: <u> </u> <u> </u> <u> </u>	CIUDAD DONDE TRABAJA: <u>TUNJA</u>			
INGRESO MENSUAL (\$): <u>1.007.000=</u>	HORAS LABORADAS MES: <u> </u>	ES VENDEDOR: ☐ SÍ ☒ NO				
ES PROPIETARIO DE: ☒ VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO	SU PROPIEDAD ESTA UBICADA EN EL SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL					
HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? ☐ SÍ ☒ NO						

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS EMPLEADOR O EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: NIT: FECHA RETIRO:

V. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: <u> </u>	SEGUNDO APELLIDO: <u> </u>	NOMBRES: <u> </u>	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u> </u>	C.C. ☐	C.E. ☐	T.I. ☐
DIRECCIÓN: <u> </u>	CIUDAD: <u> </u>	DEPARTAMENTO: <u> </u>	TELÉFONO: <u> </u>			
TRABAJA: ☐ SÍ ☐ NO	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: <u> </u>	SALARIO MENSUAL: <u> </u>	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O): <u> </u>			
CONVIVE: ☐ SÍ ☐ NO						

VI. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES:			DOC. DE IDENTIDAD		GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO			NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE BIOLÓGICO DIFERENTE A TRABAJADOR (2°)			
			TIPO	NÚMERO	M	F	Día	Mes	Año	HUO	HIJASTRO	HERMANO		PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (1°)	
			C.C. ☐													
			TI. ☐													
			C.E. ☐													
			HUP ☐													

1° INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro).
2° REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR QUE SE ESTÁ AFILIANDO.
PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO "MODALIDAD DE PAGO", DONDE IDENTIFIQUE EL MEDIO POR EL CUAL SE LE GIRE LOS VALORES A QUE TIENE DERECHO - SOLICITE EL FORMATO DE MODALIDAD DE PAGO.

Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT 891.800.213-8, para recolectar, almacenar, usar, circular, suplir, procesar, compartir, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos a su manera (total o parcial) a sus filiales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios y en especial para el envío para campañas de información sobre el pago de la cuota monetaria a que tengo derecho, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán compartidos a los usuarios de los servicios, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos contenidos en este informe son exactos y pueden ser verificados.

Autorizo el envío de comunicaciones e información sobre el subsidio familiar y demás servicios usando mis siguientes datos, entre otros: ☐ correo electrónico ☐ teléfono ☐ Facebook, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. ☐ SÍ ☒ NO

FIRMA DEL TRABAJADOR

APORTES Y SUBSIDIO
REGISTRO DE AFILIADOS
DEVOLUCIÓN POR:
YA REGISTRADOS POR LA MISMA EMPRESA

* ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:

Cantidad de Folios:

FIRMA TRABAJADOR COMFABOY QUE HACE LA DEVOLUCIÓN

RECIBIDO

0	X
classical	classical
classical	classical



CERTIFICADO DE INDUCCION Y REINDUCCION

NOMBRE DEL TRABAJADOR ISIDRO CRISTOBAL R.

CIUDAD TUNTA

CARGO OPERADOR.

FECHA 04 04 24

TIPO DE VINCULACIÓN

☒
☐

DEPENDIENTE

INDEPENDIENTE

OBJETIVO: DAR LOS LINEAMIENTOS MINIMOS PARA QUE EL TRABAJADOR DESARROLLE SU TRABAJO

1. A CONTINUACION SE DESCRIBEN LOS TEMAS VISTOS EN LA INDUCCION (SEGURIDAD, SALUD Y AMBIENTE), LOS CUALES SON ELEMENTALES DENTRO DE SU BUEN DESEMPEÑO EN EL TRABAJO

- ☒ A. NORMAS, POLÍTICAS Y RESPONSABILIDADES EN CALIDAD, SEGURIDAD, SALUD Y AMBIENTE
- ☒ B. DEBERES Y RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS
- ☒ C. RIESGOS Y MEDIDAS DE CONTROL EN EL LUGAR DE TRABAJO (DIVULGACION MATRIZ DE RIESGOS)
- ☒ D. REGLAMENTO DE SEGURIDAD / REGLAMENTO DE TRABAJO (DEBERES Y DERECHOS)
- ☒ E. CONCEPTO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO
- ☒ F. CONCEPTO DE ENFERMEDAD LABORAL
- ☒ G. INSTRUCCIONES "QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE"
- ☒ H. USO Y MANTENIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
- ☒ I. PLAN DE EMERGENCIAS (MEDEVAC)
- ☒ J. GESTIÓN AMBIENTAL : CLASIFICACION Y DISPOSICION DE RESIDUOS, USO EFICIENTE DE RECURSOS
- ☒ K. MARCO LEGAL (ACCIDENTE, ARL, GESTION AMBIENTAL)
- ☒ L. COMITÉ DE CONVIVENCIA, SALUD MENTAL Y ACOSO LABORAL
- ☒ M. PROGRAMAS DE GESTION SST Y AMBIENTAL

INDUCCIÓN REALIZADA POR

NOMBRE CARLOS J ROZATO

CARGO RESP SST

FIRMA

FIRMA DEL TRABAJADOR

	GESTIÓN DE SST FORMATO	Código:
	EVALUACION INDUCCION Y REINDUCCION	Versión:
		Fecha:

NOMBRE COMPLETO: ISIDRO ESTEBLANO P CARGO: OPERADOR

FECHA: 04/04/24 CIUDAD: TUNJA CAPACITADOR: CARLOS RAYO

SELECCIONE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA:

1. CUÁLES DE LAS SIGUIENTES POLÍTICAS ESTÁN ESTABLECIDAS LA EMPRESA:

- A. Política de Calidad, Política de HSE, Política de EPP
- ☒ B. Política integral, Política de Seguridad Vial, Política de EPP
- C. Política SST, Política de prohibición de uso de alcohol y drogas
- D. Política Ambiental y de Recursos Naturales

2. EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO, QUIEN CUBRE SU INCAPACIDAD:

- A. El Sisbén y el estado
- ☒ B. La ARL (administradora de riesgos laborales)
- C. La empresa
- D. La EPS (entidad promotora de salud)

3. ¿QUÉ ENTIENDE POR ACCIDENTE DE TRABAJO?

- A. Suceso repentino que NO ocasiona ninguna lesión en el cuerpo humano.
- ☒ B. Suceso repentino que causa en el trabajador una lesión física, una perturbación funcional o incluso la muerte como resultado de las operaciones que desempeña
- C. Pérdida de tiempo que se produce en mi trabajo.
- D. ninguna de las anteriores.

4. CUANDO OCURRE UN "CASI ME CAIGO" "CASI ME CORTO" ES:

- A. Accidente de trabajo
- ☒ B. Incidente de trabajo
- C. Enfermedad en el trabajo
- D. Ninguna de las anteriores

5. QUE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL) DEBO UTILIZAR EN LAS LABORES QUE REALIZO

- A. Ningún elemento porque mi labor no lo requiere
- B. Solo protector solar
- C. Casco, gafas, protector auditivo, guantes, botas y cualquier otro elemento necesario para desarrollar con seguridad la labor
- ☒ D. Solo debo utilizar los que necesite de acuerdo al clima

6. QUE DEBO HACER EN CASO DE EMERGENCIA

- A. Gritar fuertemente y pedir auxilio mientras corro
- ☒ B. Conservar la calma, esperar indicaciones del brigadista de acuerdo a la emergencia, ubicar las rutas de evacuación, llegar al punto de encuentro en caso de ser evacuados.
- C. Tratar de controlar yo mismo la emergencia sin importar si estoy o no preparado para hacerlo
- D. Nada

7. A QUE ESTOY EXPUESTO EN MI TRABAJO

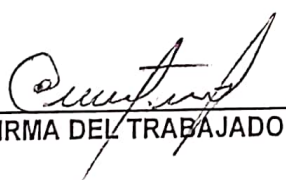
- A. Caídas, golpes, cortaduras, muerte por acciones terroristas o desastres naturales
- ☒ B. Fatiga por carga laboral, lumbagos, atropellamientos
- C. Estrés, dolor de cabeza por ruido, contagios de virus y bacterias presentes en el ambiente
- D. Todas las anteriores

8. ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES FUNCIONES CORRESPONDEN AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL?

- A. Programar las fiestas de cumpleaños
- B. Discutir temas de salarios y comisiones
- ☒ C. Discutir temas de acoso y ambiente laboral
- D. Discutir temas de brigadistas e investigación de accidentes

9. QUE RESPONSABILIDADES TENGO EN SEGURIDAD Y AMBIENTE

- A. Reportar accidentes e incidentes
- B. Participar en actividades programadas
- C. Procurar el cuidado de mi salud (Autocuidado)
- ☒ D. Todas las anteriores


FIRMA DEL TRABAJADOR


FIRMA DEL CAPACITADOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.393.017
JIMENEZ SANCHEZ

APELLIDOS
ANDRES FELIPE

NOMBRES
Andres Felipe Jimenez S

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-2000
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

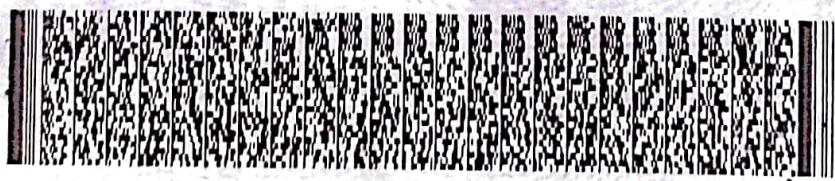
1.77
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

22-JUN-2018 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0700100-01155216-M-1002393017-20200831 0071605625A 1 9912919384



DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



N° 39.313

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	04 MES	2024 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ORBEING S.A.S				ORBEING SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
JIMENEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	23 AÑOS 10 MESES 4 DÍAS	CC	1002393017
Cargo						Tipo	Número
AUXILIAR DE OBRA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO				✓	EXAMEN OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: PEREZ FIGUEREDO CARLOS ALBERTO				Nombre: JIMENEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE			
R. M.: 914-97 L.S.O.: 1122				CC: 1002393017			
Código de Seguridad							
S641Y1E39313							

Medellín, 08 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

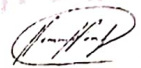
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ORBEING S.A.S..

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 OPERATIVO		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1002393017	JIMENEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE	09/04/2024		17044171	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 08/04/2024 17:19:21 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.234.183.184, 192.230.104.1, 172.16.42.57

9011004585
9011004585

Nº de Radicación
27694991
Fecha de Radicación
09 04 2024

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

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

6. Apellidos y nombres JIMENEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1002393017	9. Sexo Femenino Masculino	10. Fecha de nacimiento 04 06 2000
---	---	--	-------------------------------	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotizante - IBC \$1.300.000	18. Residencia	19. Zona Urbana Rural	20. Teléfono fijo	21. Teléfono celular

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

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del año adicional (a registrar por la EPS)
B1	Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	
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)
B1	
B2	
B3	

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

35. Nombre y razón social ORBEING SAS	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 901077546	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CRA 10 5 55	40. Municipio / Distrito TUNJA	41. Departamento BOYACA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad	43. Tipo de Novedad	44. Tipo de Novedad	45. Tipo de Novedad	46. Tipo de Novedad	47. Tipo de Novedad	48. Tipo de Novedad	49. Tipo de Novedad	50. Tipo de Novedad	51. Tipo de Novedad	52. Tipo de Novedad	53. Tipo de Novedad	54. Tipo de Novedad	55. Tipo de Novedad	56. Tipo de Novedad	57. Tipo de Novedad	58. Tipo de Novedad	59. Tipo de Novedad	60. Tipo de Novedad	61. Tipo de Novedad	62. Tipo de Novedad	63. Tipo de Novedad	64. Tipo de Novedad	65. Tipo de Novedad	66. Tipo de Novedad	67. Tipo de Novedad	68. Tipo de Novedad	69. Tipo de Novedad	70. Tipo de Novedad	71. Tipo de Novedad	72. Tipo de Novedad	73. Tipo de Novedad	74. Tipo de Novedad	75. Tipo de Novedad	76. Tipo de Novedad	77. Tipo de Novedad	78. Tipo de Novedad	79. Tipo de Novedad	80. Tipo de Novedad	81. Tipo de Novedad	82. Tipo de Novedad	83. Tipo de Novedad	84. Tipo de Novedad	85. Tipo de Novedad	86. Tipo de Novedad	87. Tipo de Novedad	88. Tipo de Novedad	89. Tipo de Novedad	90. Tipo de Novedad	91. Tipo de Novedad	92. Tipo de Novedad	93. Tipo de Novedad	94. Tipo de Novedad	95. Tipo de Novedad	96. Tipo de Novedad	97. Tipo de Novedad	98. Tipo de Novedad	99. Tipo de Novedad	100. Tipo de Novedad
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha de novedad	43. Tipo de novedad	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
B1	09 04 2024			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia	55. Firma del representante legal de la entidad responsable de la afiliación o del pago de pensiones
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad	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 susrita 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
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	71. Firma del funcionario	CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION	