SUPERINTENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO	"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)."	**CONSORCIO SEDE MARSAF**
	CONTRATO 2391 DE 2023	**PERIODO DEL INFORME:** 22/12/2023 –04/01/2024

INFORME MENSUAL

"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)."

CONTRATISTA: CONSORCIO SEDE MARSAF

INTERVENTORÍA: CONSORCIO INTERAGRUPACIONES

REALIZADO POR: JOSÉ LUIS OROS ACEVEDO

ENERO 2024

Contenido

INTRODUCCIÓN 3
1. OBJETIVO 4
1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
2. GENERALIDADES DEL PROYECTO 5
2.1. LOCALIZACIÓN 5
2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 5
3. INFORMACIÓN DE CONTRATO 6
3.1. CONTRATO DE OBRA 6
3.2. GARANTÍAS DEL CONTRATO DE OBRA 7
3.2.1 POLIZAS DE LEGALIZACIÓN 7
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 8
4.1. PERSONAL EN OBRA 8
4.1.1. PERSONAL PROFESIONAL 8
4.2. ESTADO FINANCIERO 9
4.3. CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 9
4.3.1 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 1ER CORTE (30%) 9
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENRALES 11

INTRODUCCIÓN

Con el fin de "CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)." se suscribe el contrato 2391 de 2023, entre Superintendencia de notariado y registro y Consorcio sede MARSAF, con el propósito de continuar con la conservación y el mantenimiento de la infraestructura de los centros regionales a Nivel Nacional, específicamente en las sedes de: La Plata, Chaparral, Espinal, Melgar, Guaduas, La mesa, Pacho, Zipaquirá, Gacheta, Cachira y Chiquinquirá.

Con el fin de realizar la supervisión, seguimiento y control a las actividades, se evidencia el presente informe de avance mensual por Consorcio sede MARSAF a la Superintendencia de notariado y registro en la sede de La Mesa con una descripción y análisis de las actividades ejecutadas en el periodo comprendido del mes de diciembre.

1. OBJETIVO

Realizar el mantenimiento locativo, preventivo y correctivo a todo costo incluido, a los bienes que tiene en uso la unidad y los inmuebles donde funciona, ubicados en la sede de La Mesa, sedes administrativas, centros regionales y puntos de atención de conformidad con el anexo no. 1 – especificaciones técnicas mínimas.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

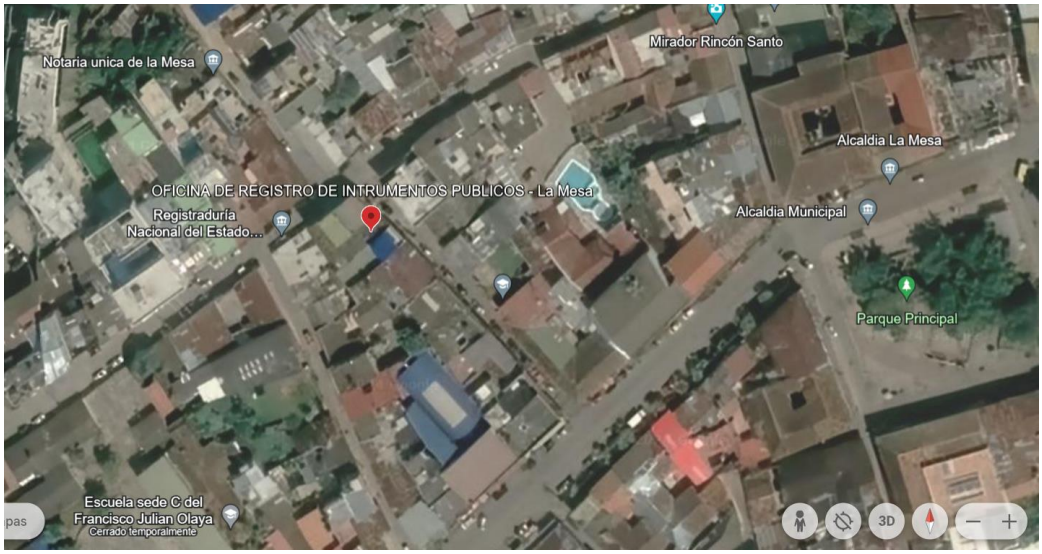
- Realizar diagnósticos de obra con el fin de determinar actividades a ejecutar
- Ejecutar las actividades de obra de acuerdo a las especificaciones técnicas mínimas y al cronograma de obra.
- Presentar balances de obra teniendo en cuenta los cambios que se pueden presentar en el desarrollo del contrato.
- Elaborar informes periódicos de avance en ejecución y control de obra con su respectivo registro fotográfico.

2. GENERALIDADES DEL PROYECTO

La Superintendencia de notariado y registro es una entidad pública, reconocida como una unidad administrativa especial con personería jurídica y patrimonio autónomo; cuenta con diferentes sedes regionales a nivel nacional.

2.1. LOCALIZACIÓN

La localización del proyecto corresponde a la sede la Superintendencia de notariado y registro de La Mesa, ubicada en la Carrera 21 No. 8-96 La Mesa (Cundinamarca).



2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto tiene como objeto de "CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)", el cuál como se menciona, se realizará en las sedes del territorio nacional específicamente en 11 Sedes Regionales ubicadas en los departamentos de Huila, Tolima, Cundinamarca, Boyacá, Norte de Santander. Estas sedes se dividen tal como se indica en la siguiente tabla:

ZONA POR INTERVENIR	DEPARTAMENTOS DE ZONA
La plata	**Huila**
Chaparral	**Tolima**
Espinal	
Melgar	
Guaduas	**Cundinamarca**
La mesa	
Pacho	
Zipaquirá	
Gacheta	
Chiquinquirá	**Boyacá**
Cachira	**Norte de Santander**

3. INFORMACIÓN DE CONTRATO

3.1. CONTRATO DE OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATO DE OBRA	
CONTRATO No.	2391 DE 2023
CONTRATISTA	CONSORCIO MARSAF
REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL ALEXANDER CERON MOLINA
NIT	901.762.215-4
OBJETO DEL CONTRATO	"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)
VALOR INICIAL	$ 600.182.493,03
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	Dos (2) meses y Veinte (20) días
FECHA DE INICIO	05 DE DICIEMBRE0 DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	25 DE FEBRERO DE 2024

3.2. GARANTÍAS DEL CONTRATO DE OBRA

3.2.1 POLIZAS DE LEGALIZACIÓN

Las pólizas de legalización fueron expedidas el 30 de octubre de 2023 por aseguradora solidaria de Colombia, tomadas por CONSORCIO SEDE MARSAF, como beneficiario la superintendencia de notariado y registro.

Póliza cumplimiento de contrato de obra: No. 340-47-994000049361 **Anexo 0**

Fecha de expedición 30 de octubre 2023

POLIZAS CONTRATO DE CUMPLIMIENTO PARA ENTIDADES ESTATALES			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
CUMPLIMIENTO	26-10-2023	30-06-2024	$ 120.036.498,80
PRESTACIONES SOCIALES	26-10-2023	31-12-2026	$ 30.009.124,70
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	*Ver Nota Aclaratoria*		$ 120.036.498,80

NOTA ACLARATORIA: *el amparo de estabilidad otorgado mediante la presente póliza, tiene vigencia de (5) años, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de recibo y entrega final de la obra a entera satisfacción por parte de la entidad contratante, lo cual deberá ser reportado oportunamente y por escrito a aseguradora solidaria.*

Póliza RCE contrato de obra: No. 340-74-994000006525 Anexo 0

Fecha de expedición 30 de octubre 2023

POLIZAS CONTRATO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	26-10-2023	31-12-2023	$348.000.000,00

MODIFICACION ANEXO 0

Las pólizas de cumplimiento y responsabilidad civil extracontractual fueron modificada y expedidas el día 13 de diciembre de 2023 y el 01 de noviembre de 2023, por aseguradora solidaria de Colombia, tomadas por CONSORCIO SEDE MARSAF, como beneficiario la superintendencia de notariado y registro.

Póliza cumplimiento de contrato de obra: No. 340-47-994000049361 **Anexo 1**

Fecha de expedición 13 de diciembre 2023

POLIZAS CONTRATO DE CUMPLIMIENTO PARA ENTIDADES ESTATALES			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
CUMPLIMIENTO	04-12-2023	30-06-2024	$ 120.036.498,80
PRESTACIONES SOCIALES	04-12-2023	31-12-2026	$ 30.009.124,70
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	*Ver Nota Aclaratoria*		$ 120.036.498,80

NOTA ACLARATORIA: *el amparo de estabilidad otorgado mediante la presente póliza, tiene vigencia de (5) años, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de recibo y entrega final de la obra a entera satisfacción por parte de la entidad contratante, lo cual deberá ser reportado oportunamente y por escrito a aseguradora solidaria.*

Póliza RCE contrato de obra: No. 340-74-994000006525 Anexo 1
Fecha de expedición 01 de noviembre 2023

POLIZAS CONTRATO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	26-10-2023	31-12-2023	$348.000.000,00

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. PERSONAL EN OBRA

4.1.1. PERSONAL PROFESIONAL

En la ejecución del proyecto se elabora con el siguiente personal de obra:

DIRECTOR DE OBRA	JUAN CARLOS MARIN
RESIDENTE DE OBRA	JOSE LUIS OROS ACEVEDO
RESIDENTE DE OBRA	MARIO LONDOÑO JIMÉNEZ
INSPECTOR DE OBRA	YOHAN CAMILO JIMÉNEZ ZUBIETA
SISO	ZAYDE SUAREZ ORTIZ

4.1.2. PERSONAL MANO DE OBRA DE LA MESA

LUIS ARIEL SEVILLA ROA	MAESTRO DE OBRA
FRANKLIN ESNEYDER SEVILLA ROA	AYUDANTE DE OBRA
FABIAN STIVEN TOVAR	AYUDANTE DE OBRA

4.2. ESTADO FINANCIERO

RELACIÓN ACTAS DE OBRA			
VALOR DEL CONTRATO		$ 31.691.551,11	
ACTA No	% AVANCE	VALOR ACTA	ESTADO
ACTA 1	30.00%	$9.507.465,33	En trámite
SALDO	70%	$22.184.085,78	Saldo pendiente definir actividades y de acuerdo a avance de obra

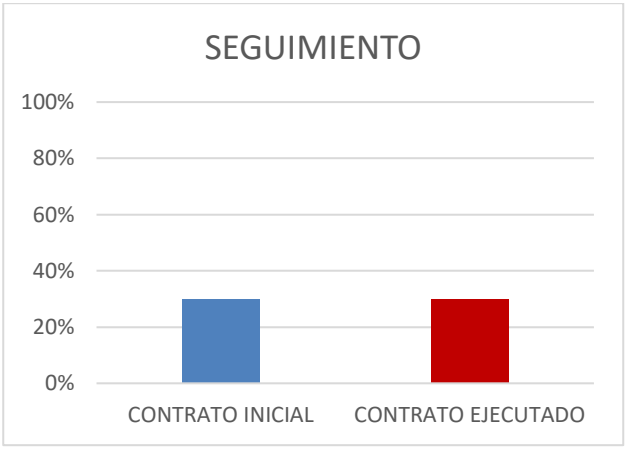
4.3. CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA

4.3.1 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 1ER CORTE (30%)

A EL DIA 26 DE ENERO DE 2024, SE REUNIERON LAS SIGUIENTES PERSONAS: MIGUEL ALEXANDER CERON MOLINA, REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA, Y CESAR ASHLEY MORA REPRESENTANTE LEGAL DE INTERVENTORIA, CON EL OBJETO DE SUSCRIBIR LA PRESENTE ACTA, EN RAZÓN A LAS OBRAS EJECUTADAS SEGÚN EL OBJETO DEL CONTRATO.

ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)								
1	PRELIMINARES							$ 526.254,00
1,19	DESMONTE VENTANA EN MADERA	m²	8,00	0,00	0,00	$ 11.543,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	1,00	0,00	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,40	DEMOLICIÓN DE POYO EN CONCRETO (A=60-80-CM)	m	3,00	0,00	0,00	$ 23.171,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	15,00	0,00	0,00	$ 12.359,00	$ -	
1,45	DEMOLICIÓN DE MURO (E=15-25CM)	m²	8,00	0,00	0,00	$ 13.951,00	$ -	
1,46	DEMOLICIÓN DE MESÓN COCINA (E=6-12CM)	m²	1,07	0,00	0,00	$ 23.410,00	$ -	
1,47	REGATA SOBRE MURO+RESANE	m	10,00	10,00	10,00	$ 10.878,00	$ 108.780,00	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,00	1,00	1,00	$ 417.474,00	$ 417.474,00	
1.67	GESTION Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIONES EN GENERAL	m³	3,00	0,00	0,00	$ 26.491,00	$ -	
2	CARPINTERÍA EN MADERA							$ -
2,10	MUEBLE BAJO MESÓN COCINA	m	3,00	0,00	0,00	$ 738.279,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	3,00	0,00	0,00	$ 127.039,00	$ -	
3	CARPINTERIA METALICA							$ -
3,06	PASAMANOS EN ACERO INOXIDABLE	m	8,32	0,00	0,00	$ 154.025,00	$ -	
3,08	VENTANA EN LÁMINA PERSIANA FIJA CAL. 20	m²	8,00	0,00	0,00	$ 310.702,00	$ -	
5	CONCRETO Y MORTEROS							$ 0,00
5,03	PAÑETE MUROS 1:4 (ENTRADA A DOBLE ALTURA)	m	8,00	0,00	0,00	$ 38.428,00	$ -	
5,04	PAÑETE MUROS 1:4	m²	6,00	0,00	0,00	$ 31.693,00	$ -	
10	FACHADAS Y REVESTIMIENTOS							$ 240.130,00
10,03	PINTURA PREMIUM DE MAXIMA RESISTENCIA Y DURABILIDAD PARA SUPERFICIES EXTERIORES EXPUESTAS A LA INTEMPERIE [3 MANOS]	m	10,00	10,00	10,00	$ 24.013,00	$ 240.130,00	

12	**MAMPOSTERÍA**							$ -
12,07	MURO DRYWALL DOBLE CARA E=10CM	m²	14,00	0,00	0,00	$ 87.947,00	$ -	
13	**PINTURAS**							$ 5.076.274,82
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	249,33	242,94	242,94	$ 20.895,00	$ 5.076.274,82	
14	**PISOS**							$ -
14,05	PISO CERÁMICO ANTIDESLIZANTE	m²	15,00	0,00	0,00	$ 71.854,00	$ -	
14,12	POYO COCINA 55X10CM	m	3,00	0,00	0,00	$ 81.139,00	$ -	
14,15	ALISTADO DE PISO 4CM IMPERMEABILIZADO	m²	15,00	0,00	0,00	$ 39.514,00	$ -	
14,20	GUARDAESCOBA GRANITO MARMOL 8-10 CM	m	18,00	0,00	0,00	$ 51.608,00	$ -	
15	**RED ELECTRICA**							$ -
15,04	TUBERÍA PVC CONDUIT 1"	m	10,00	0,00	0,00	$ 18.343,00		
15,39	SALIDA TOMA CORRIENTE DOBLE EN MURO PVC	un	3,00	0,00	0,00	$ 123.262,00		
15,46	BALANCEO DE CARGAS TABLERO ELÉCTRICO	un	1,00	0,00	0,00	$ 163.749,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							$ -
16,22	LAVAPLATOS EN ACERO INOXIDABLE	un	1,00	0,00	0,00	$ 431.123,00	$ -	
16,24	MESON EN ACERO INOXIDABLE	un	1,00	0,00	0,00	$ 514.608,00	$ -	
16,29	PRUEBA HIDROSTÁTICA	un	1,00	0,00	0,00	$ 545.762,00	$ -	
16,31	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MESON EN GRANITO MARMOL NEGRO SAN GABRIEL D=1,10M	m	1,00	0,00	0,00	$ 1.032.493,00	$ -	
17	**RED SANITARIA**							$ -
17,19	SONDEO Y LIMPIEZA BAJANTE AGUAS LLUVIAS	m	20,00	0,00	0,00	$ 17.282,00	$ -	
17,20	SONDEO Y LIMPIEZA RED SANITARIA	m	10,00	0,00	0,00	$ 27.888,00	$ -	
19	**ASEO - SEÑALIZACIÓN**							$ 1.473.590,00
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	1,00	0,00	0,00	$ 433.045,00	$ -	
19,02	AVISO ORIP 2,60X1,00X0,15	un	1,00	1,00	1,00	$ 1.473.590,00	$ 1.473.590,00	
19,03	CINTA ANTIDESLIZANTE AUTO ADHESIVA	m	20,00	0,00	0,00	$ 16.177,00	$ -	
19,04	PLACA DE SEÑALIZACIÓN 21X30CM	un	3,00	0,00	0,00	$ 37.909,00	$ -	
19,05	PLACA DE SEÑALIZACIÓN BRAILE	un	1,00	0,00	0,00	$ 169.506,00	$ -	
19,07	SUMINISTRO DE PUNTO ECOLÓGICO	un	1,00	0,00	0,00	$ 517.020,00	$ -	
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							$ 7.316.248,82
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	23%					$ 1.682.737,23
	IMPREVISTOS	%	1%					$ 73.162,49
	UTILIDADES	%	5%					$ 365.812,44
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	19%					$ 69.504,36
								9.507.465,34
	VALOR TOTAL OBRA							
	MUEBLES (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							$ 9.507.465,34



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENRALES

- A la fecha de corte del presente informe se cuenta con un avance ejecutado del 30% de las actividades, encontrándose así un 0% por encima de lo programado teniendo en cuenta el programado con un porcentaje del 30%. Así, se evidencia que por parte del **CONSORCIO SEDE MARSAF** se realizar un buen seguimiento y control en la ejecución de la obra y una organización en obra que favorece el avance de la ejecución de este.

- Durante la ejecución de las actividades en la presente sede se encuentran actividades no previstas y que deben ser aprobadas para su respectiva ejecución y terminación de la presente sede.

- Todas las actividades de obra se ejecutaron cumpliendo con las especificaciones técnicas de obra.

- Por parte del contratista se ejecutaron todas las actividades contractuales, realizando entrega a interventoría, donde se recibieron a satisfacción.

ANEXOS

ANEXO 1. Registros fotográficos

REGISTRO FOTOGRAFICO (SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO EN LA SEDE DE LA MESA -CUNDINAMARCA)

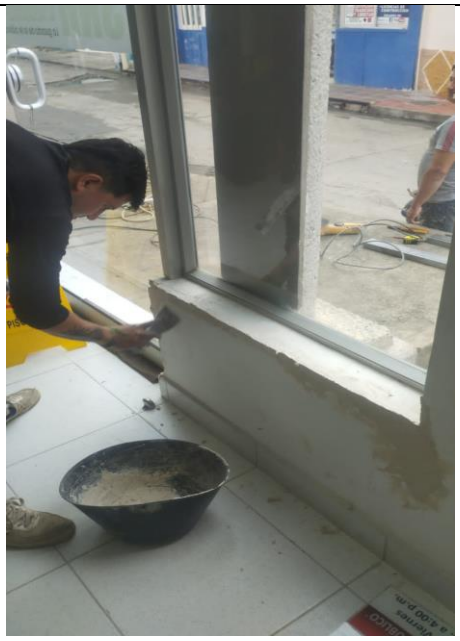


FOTO 1. REGATA SOBRE MURO+RESANE

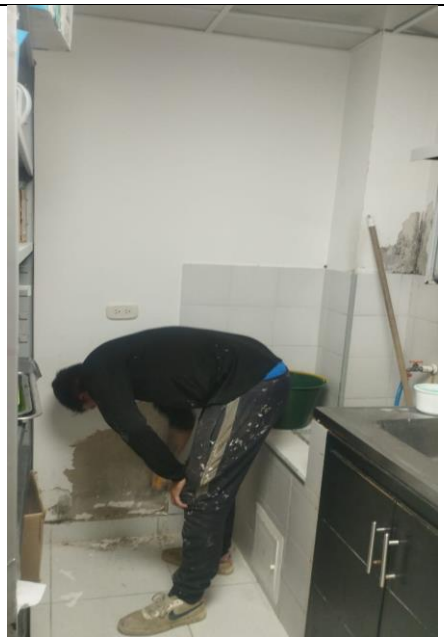


FOTO 2. REGATA SOBRE MURO+RESANE



FOTO 3. PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA



FOTO 4. PINTURA PREMIUM DE MAXIMA RESISTENCIA Y DURABILIDAD PARA SUPERFICIES EXTERIORES EXPUESTAS A LA INTEMPERIE [3 MANOS]



FOTO 5. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 6. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 7. AVISO ORIP 2,60X1,00X0,15

INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MANEJO AMBIENTAL

CONDICIONES ADICIONALES DEL CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIO Y REGISTRO NIT: 899.999.007-0 Y EL CONSORCIO SEDE MARSAF IDENTIFICADO NIT: 901.762.215-4

ZAYDE SUAREZ ORTIZ
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo
CONSORCIO SEDE MARSAF

PERIODO:
05 de diciembre del 2023 hasta el 04 de enero del 2024

1. INTRODUCCIÓN

CONSORCIO SEDE MARSAF, diseñó y estructuró el Plan de Gestión en Seguridad y Saluden el Trabajo y el Plan de Gestión Ambiental para el Contrato de obra N° 2391 de 2023, con el fin de promover, mantener y mejorar las condiciones de los trabajadores, preservando el estado de salud, físico, mental y social. De igual manera la prevención de accidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Según las actividades ejecutadas en obra, en el periodo comprendido desde el 05 de diciembre de 2023 hasta el 04 de enero del 2024, el **CONSORCIO SEDE MARSAF** participaen el proceso de las actividades del SG-SST y de manejo ambiental, vinculando a los trabajadores contratistas y partes interesadas, en la implementación del mismo, estableciendo las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) según el Decreto 1072 de 2015.

2. OBJETIVO

Vigilar, controlar y apoyar de forma eficaz y oportuna las acciones de Seguridad y Salud en el Trabajo y medio ambiente para el Proyecto del Contrato No 383-23 a cargo del **CONSORCIO SEDE MARSAF.**

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. Realizar seguimiento a los subcontratistas en el pago oportuno de las Prestaciones Sociales del personal vinculado para la ejecución de la obra, dentro de los períodos y plazos estipulados por la Ley.
II. Identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo que puedan afectar la salud e integridad de las personas que laboran en el proyecto.
III. Ejecutar actividades de promoción y prevención que permitan mejorar las condiciones de trabajo, seguridad y salud de los trabajadores.
IV. Apoyar el proceso de capacitación de los trabajadores en cada uno de losriesgos identificados y la forma de controlarlos y mitigarlos.
V. Cumplir con los lineamientos del Protocolo de Bioseguridad.

VI. Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, que regula los distintos aspectos en Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambientales dentro del proyecto.

3. RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL PROYECTO CONTRATO No 383-23

La responsabilidad para la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo está en cabezade la Alta dirección de la empresa, se han asignado responsabilidades dentro de los cargos cuya actuación tienen injerencia directa sobre la Gestión de la Seguridad y Saluden el Trabajo.

CARGO	RESPONSABILIDADES
GERENTE	Suministrar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades del SG-SST.
	Asignar y comunicar responsabilidades a los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo dentro del marco de sus funciones.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Garantizar la disponibilidad de personal competente para liderar y controlar el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo.
	Garantizar un programa de inducción y entrenamiento para los trabajadores que ingresen a la empresa, independientemente de su forma de contratación y vinculación.
	Garantizar un programa de capacitación acorde con las necesidades específicas detectadas en la identificación de peligros, evaluación y Valoración de riesgos.

CARGO	RESPONSABILIDADES
RESIDENTE DE OBRA/JEFE DE ÁREA	Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
	Participar en las inspecciones de seguridad.

CARGO	RESPONSABILIDADES
COORDINADORA SST	Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del SG-SST.
	Promover la participación de todos los trabajadores de la empresa en la implementación del SG-SST.
	Elaboración y/o actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Promover la comprensión de la política en todos los niveles de la organización.
	Gestionar los recursos para cumplir con el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y hacer seguimiento a los indicadores.

CARGO	RESPONSABILIDADES
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo
	Participar de las reuniones del COPASST
	Implementación y seguimiento del SG-SST.

CARGO	RESPONSABILIDADES
TRABAJADORES CONTRATISTAS	Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
	Procurar el cuidado integral de su salud
	Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud
	Cumplir las normas de seguridad e higiene propias de la empresa.
	Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
	Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato
	Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente. Cumplir con los lineamientos ambientales

4. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el periodo del presente informe, se realizó la verificación del pago de Seguridad Social correspondiente por medio de la Planilla de pago. De igual forma se verificó la afiliación al SSSI del nuevo personal, revisando que estas personas cuenten con la documentación reglamentaria vigente.

A los contratistas se les exige el cumplimiento de la normatividad vigente en este aspecto, es por esto que actualmente envían la documentación requerida, la cual permanece en el archivo de la oficina.

***Anexo 1**. Soporte de afiliaciones de seguridad social.*

4.1 PERSONAL EN OBRA:

Para la ejecución de las actividades programadas, se empleó mano de obra por parte del subcontratista vinculado al Proyecto Contrato No 2391 de 2023 del **CONSORCIO SEDE MARSAF**.

CONTRATISTA	SEDES	N° DE TRABAJADORES
JOSE OROS	LA MESA	3
	LA PLATA	2
	MELGAR	4
	CHIQUINQUIRA	3
	ESPINAL	4
	GUADUAS	3
	ZIPAQUIRA	2
	CHAPARRAL	3
	TOTAL PERSONAL	**24**

TOTAL DE PERSONAL EN GENERAL	24

Anexo 2*. Consolidado del personal de obra.*

5. INDUCCIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el periodo del 04 de noviembre al 20 de diciembre de 2022, se realizó inducción de seguridad y salud en el trabajo al personal nuevo al proyecto Contrato No 1374 de 2022.

Anexo 3. Soporte de inducciones por sede.

6. CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Los contratistas vinculados al Proyecto Contrato No 2391 de 2023 aplicaron las actividades de capacitación de **CONSORCIO SEDE MARSAF**, teniendo como propósito el desarrollo de habilidades y capacidades de todo el personal con el fin de formar un talento humano más competente y hábil. Además, se busca promocionar la salud, el autocuidado, prevenir enfermedades laborales y la materialización de riesgos.

Más allá de esto, se buscó estimular el interés de todos los colaboradores acerca de los beneficios de aplicar el sistema de gestión en SST, incentivar la participación en las diferentes actividades sobre: autocuidado, factores de riesgo y condiciones inseguras, busca mejorar el clima laboral, la productividad, la salud física y mental, y mejorar la capacidad de los trabajadores para identificar y reportar factores de riesgos presentes en su labor.

Anexo 4. Soportes de capacitaciones

7. DOTACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

La entrega de elementos de protección personal es un requisito fundamental y obligatorio en el proyecto Contrato No 2391 de 2023. Es necesario que todo el personal de obra tenga y porte dichos elementos durante toda la jornada laboral y que el uso sea el adecuado para cumplir con las normas de seguridad. Por lo cual se verificó la entrega de estos por parte de los subcontratistas.

Anexo 5. Soporte de control de entrega de EPP.

8. INSPECCIONES EN SST

Las inspecciones realizadas por los contratistas son con el fin de identificar los peligros que puedan afectar la integridad física de los trabajadores.

Anexo 6. Soporte de inspección SST.

9. MANEJO DE EQUIPOS

En las obras del Proyecto operaron equipos eléctricos como pulidoras, taladros.

Anexo 7. Pre operacional de equipos eléctricos.

Los operarios diligenciaron el respectivo formato de inspección pre operacional, en pro de garantizar el buen funcionamiento de estos y su operación segura.

10. ACTIVIDADES DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS:

Se realiza actividades de trabajo seguro en alturas solo en la sede de Chaparral, instalación de lamina para cubierta. El personal diligencia los permisos y las ATS de trabajo en alturas.

Anexo 8. *Soporte de Permisos y ATS-.*

11. ACCIDENTES E INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO

En el periodo, se presentó cero (0) accidentes de trabajo por tanto la taza de accidentalidad es 0%.

INDICADOR	FÓRMULA
Severidad de accidentalidad	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100
Frecuencia de accidentalidad	Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100
Ausentismo por causa médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100

Indicadores mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo - Resolución 0312 de 2019

INDICADOR*	LA MESA	LA PLATA	MELGAR	CHIQUINQUIRA	ESPINAL
Severidad de accidentalidad	0	0	0	0	0
Frecuencia de accidentalidad	0	0	0	0	0
Ausentismo por causa médica	0	0	0	0	0

INDICADOR*	ZIPAQUIRA	CHAPARRAL	GUADUAS
Severidad de accidentalidad	0	0	0
Frecuencia de accidentalidad	0	0	0
Ausentismo por causa médica	0	0	0

12. ACTIVIDADES MANEJO AMBIENTAL

12.1 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS EN OBRA

Los Proyectos del Contrato No 1374 de 2022 cuenta en sus diferentes etapas de desarrollo, es responsable de velar por los pasos y acciones ejecutadas en el manejo de residuos sólidos.

Se desarrollaron actividades de gestión ambiental para el manejo de residuos sólidos encaminadas a prevenir impactos en el paisaje del área del proyecto, así como de su entorno inmediato. Es necesario desarrollar buenas prácticas ambientales a fin de impulsar una actividad constructiva en armonía con el ambiente, para lo cual se tuvo en cuenta.

12.2 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS ORDINARIOS

Se encuentra punto ecológico en las sedes donde se encuentra ubicados los proyectos en cada región, los cuales son utilizados para disposición de residuos sólidos según las indicaciones de los colores reglamentarios.

12.3 LIMPIEZA EN SITIO DE OBRA

Los lugares de trabajo permanecieron limpios y ordenados, esto con el fin de optimizar el uso del espacio, mejorar la eficiencia del trabajo, evitar problemas sanitarios y en general, por conservar un entorno más seguro para toda la población vinculada directa o indirectamente a los proyectos.

Actividades realizadas:

- Limpieza en los frentes
- Limpieza y retiro de residuos, disposición adecuada en el Shut de las sedes donde se ubican los proyectos.

CONTRATISTA	CENTRO REGIONAL	TIPO DE RESIDUOS	CANT. (KG)
CONSORCIO	LA MESA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	LA PLATA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	MELGAR	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	CHIQUINQUIRA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	ESPINAL	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	GUADUAS	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	ZIPAQUIRA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	CHAPARRAL	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0

13. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID-19

13.1 LAVADO DE MANOS

El personal contratista vinculado a los proyectos, realiza lavado de manos de manera frecuente, dando cumplimiento a las medidas de prevención y con el fin de mitigar el contagio del virus COVID 19.

13.2 DISTANCIAMIENTO FÍSICO

CONSORCIO SEDE MARSAF, está comprometida a garantizar la Salud y la Seguridad de los trabajadores, manteniendo en el lugar de trabajo el distanciamiento social de persona a persona en las áreas sociales como el comedor, cuartos de cambio y en lo posible en los frentes de obra.

14. CONCLUSIONES

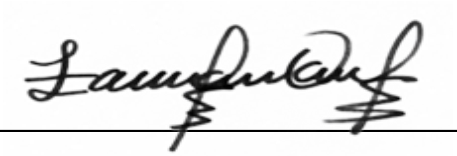
- Durante el periodo se socializando al personal de obra las medidas de SST implementadas por parte del CONSORCIO SEDE MARSAF, con el fin de promover y mantener comportamientos seguros durante la ejecución de las actividades diarias.

- Se realizó la retroalimentación por medio de charlas de sensibilización por parte de los inspectores SST de los contratistas al personal de obra del uso obligatorio de los elementos de protección personal de acuerdo al nivel de riesgo y su exposición.

- La prevención frente al Covid 19 se retroalimento por medio de charlas de sensibilización sobre el lavado de manos, distanciamiento y autocuidado. Durante el proceso constructivo en este periodo hubo cero (0) contagios y ceros (0) casos sospechosos en el proyecto de obra.

- Se continuaron con las medidas de manejo ambiental previstas, para el cumplimiento de la normatividad legal vigente. De igual manera se contempla dentro de las actividades de obra el inicio del proceso de limpieza y recolección de residuos en los frentes de obras.

ELABORO:



ZAYE SUAREZ ORTIZ
Profesional SST
CONSORCIO
SEDE MARSAF

CONSORCIO SEDE MARSAF

BASE DE DATOS DE PERSONAL

NOMBRE DEL PROYECTO:	CONTRATO N° 2391-2023	CIUDAD:	LA MESA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	IDENTIFICAR SI EL TRABAJADOR ES DE LA REGION		CIUDAD	EPS	ARL	AFP	EXAMEN DE INGRESO				CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			FECHA INGRESO A LA OBRA	FECHA RETIRO DE LA OBRA
				SI	NO					SI	NO	BASICO	ENFASIS EN T.S.A	SI	NO	FECHA		
1	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	X		LA MESA	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	X			X		X	N/A	12/12/2023	30/12/2023
2	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	X		LA MESA	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	X			X		X	N/A	12/12/2023	30/12/2023
3	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE	X		LA MESA	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	X			X		X	N/A	12/12/2023	30/12/2023

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/906
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]



Nombre: FABIAN STIVEN TOVAR
PESO: 70 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: NUEVA EPS

Identificación: 1.117.547.435
Edad: 28 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS					
*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO _____	
*PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	[X]	*OSTEOMUSCULAR	NORMAL [X]		
*NECROLÓGICO	NORMAL [X]		NORMAL [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL		
*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN PERIODICO		
*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ]	*REUBICACION LABORAL [ ]	
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN DE EGRESO
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.117.547.435
TOVAR
APELLIDOS
FABIAN STIVEN
NOMBRES
FABIAN STEVEN TOVAR
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1995
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
10-JUL-2015 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-4400100-00732512-M-1117547435-20150812
0045783688A 1
43794301

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/12/2023, el empleador OROSACEVEDOJOSE LUIS identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1026275607 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6513310	18/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1117547435	FABIAN STIVEN TOVAR	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 18 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1117547435	TOVAR FABIAN STIVEN	19/12/2023		237h3n17	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 18/12/2023 15:44:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.68, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FABIAN STIVEN TOVAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1117547435,** se encuentra afiliado/a desde **27/10/2023** 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 18 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique inmediatamente de diligenciamiento y entregue de no aceptación al reverso
☐ Reconocimiento ☐ Mantenimiento
☐ Trabajo
☐ Autoriza envío de mensajes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro AÑO MES DIA

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: ☑ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C.
1117547435
Lugar y fecha de expedición: 10/07/2015 FLORENCIA
SISBEN: X / ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN

Primer apellido: TOVAR
Segundo apellido:
Nombres: FABIAN STIVEN
Fecha de Nacimiento: 2015 AÑO 03 MES 26 DÍA
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO 12 MES 18 DÍA		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINDO — Administrar Recursos Públicos: SI ☐ NO ☐ — Servidor Público: SI ☐ NO ☐ — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO ☐ — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Abrir: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro: Tipo y número de identificación: C.E. T.I. C.E. R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribir el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo FABIAN STIVEN TOVAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 1117547435 expedida en FLORENCIA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Fabian Tovar
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Fabian TOVAR
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C. o C.E. No.

Jose Oros
Fecha y sello del empleador

RECIBIDO COMFACASANARE 18/DIC/2023

Comfacasanare
Dirección de Aportes y Pagos

La información de este formato está sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si ya ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

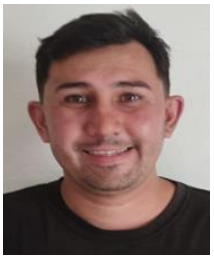
MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/911
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]



Nombre: FRANKLIN ESNEYDER SEVILLA ROA
PESO: 80 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: FAMISANAR

Identificación: 1.077.920.836
Edad: 27 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS					
*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO _____	
*PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	[X]	*OSTEOMUSCULAR	NORMAL [X]		
*NECROLÓGICO	NORMAL [X]		NORMAL [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL		
*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN PERIODICO		
*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ]		*REUBICACION LABORAL [ ]
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN DE EGRESO
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.077.920.836
SEVILLA ROA

APELLIDOS
FRANKIL ESNEYDER

NOMBRES

Franklin Sevilla

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1996
TENA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-ENE-2014 TENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1527700-00570317-M-1077920836-20140508 0038360177A 1 41803318

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010659513

9010659513

No. de Radicación: 27176321

Fecha de Radicación: 18 12 2023

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: B. Registro de Novedades: X

2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante - Cabeza de Familia: X

3. Régimen: A. Contributivo: X

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente: X

Código de registro ante la EPS:

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

6. Apellidos y nombres									
	SEVILLA		ROA		FRANKIL		ESNEYDER		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad		9. Sexo: Femenino	Masculino: X	10. Fecha de nacimiento				
CC	1077920836					01	01		1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo | Cantidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de pensiones: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 16. Autorizaciones de pensiones

17. Ingreso base de cotización: $1.160.000 | 18. Nacionalidad

Zona: Urbana | Rural

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: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo	Cantidad	32. Datos de residencia: Municipio - Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular *	33. Sexo de la IPS del afiliado adicional o registrado por la IPS
01								
02								
03								
04								
05								

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)

1
2
3
4

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de ejecutador o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	
39. Dirección	40. Teléfono	41. Departamento	42. Municipio
CL 26 B 17 04	3212145252	ARAUCA	ARAUCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la relación laboral, de la ECAT | Código | 6. Reintegro de la EPS | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral o cumplimiento de condiciones para cotizar: X | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar aportes voluntarios | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar aportes voluntarios | 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: X | B. Régimen Subsidiado | 14. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen | 15. Retiro de beneficiarios | 16. Reporte del Informe de protección al cesante | 17. Persona de la ciudad de Pre-pensionado | 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Base: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento | 48. Fecha novedad: 18 12 2023

49. EPS anterior | 50. Motivo de traslado: Código | 51. Código de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

52. Declaro que no pertenezco actualmente a ninguna otra entidad del régimen contributivo o especial en salud.

53. Declaro que la información consignada en el presente formulario es veraz y corresponde a la fiel copia del documento de identidad original que reposa en mis archivos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1995 de 1999.

54. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

55. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

56. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

57. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

58. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

59. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

60. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

61. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

62. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

63. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VIII. FIRMAS

Franklin Sevilla

Samuel Gomez

IX. ANEXOS

64. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad | Folios

65. Copia del registro civil de nacimiento cuando aplique (en el caso de hijos mayores de edad con discapacidad o cuando se requiera para declarar la unión marital)

66. Copia de la sentencia judicial o declaración patrimonial que declare la unión marital, cuando se requiera para declarar la unión marital

67. Copia del certificado de escolaridad o carné de estudio

68. Copia de la orden judicial o documento administrativo de custodia

69. Copia del documento en caso contrario (diferente de la unión marital) o el certificado de defunción de los padres o documento expedido por el consulado sobre la ausencia de los dos padres

70. Copia de la autorización de trabajo por parte de la Superintendencia de Seguridad en Salud

71. Certificación de discapacidad a otro miembro para realizar afiliaciones voluntarias

72. Copia del acta administrativa o proceso judicial de los estudiantes universitarios en la que conste su calidad de cotizantes o un acuerdo de afiliación colectiva

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

69. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	70. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	72. Fecha de radicación	73. Fecha de validación

74. Datos del funcionario que realiza la validación

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

75. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario se otorga mandato a empleador de la información registrada y de las transacciones generadas en la sección VII de este formato.

Cambio Empleo

INTERNET

Medellín, 18 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1077920836	SEVILLA ROA FRANKLIN ESNEYDER	19/12/2023		160k1702	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 18/12/2023 16:01:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.68, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.920.836**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Familiarmente nuestra

ComfaCasanare

Caja de Compensación Familiar de Casanare

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Lugar y fecha de expedición	CAUSAL NO ACEPTACIÓN
C.C. 1077920838	09/01/2014 TENA	

Primer apellido	Segundo apellido
SEVILLA	ROA

Nombres	Fecha de Nacimiento	Teléfono
FRANKIL ESNEYDER	1996 AÑO 01 MES 01 DÍA	3208651470

Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63 — BARRIO:

Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) — Soltero(a) — Separado(a) — Unión libre — Divorciado(a) — Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de ingreso a la empresa	Horas laborales mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO 12 MES 18 DÍA		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINIDO — Administra Recursos Públicos: SI NO — Servidor Público: SI NO — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA

Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI NO — Tipo de Discapacidad:

En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: No tiene — Propia — Arrendada — Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual — Homosexual — Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:

- Desplazado — Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) — Desmovilizado o reinsertado — Damnificado desastre natural
- Cabeza de familia — Hijo(a) de madres cabezas de familia — En condición de discapacidad — Población zonas fronteriza (Nacionales)
- Población migrante — Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado — Ejercicio del trabajo sexual — No aplica

Pertenencia étnica:

Afrocolombiano — Comunidad negra — Indígena palenquero — Raizal del archipiélago de San Andrés — Proveniente y vecino rrom — Room Kiriano — No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.	Dependencia
10262756076	CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido	Segundo apellido

Adición — Nombres — Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA

Recibe subsidio: SI ___ NO ___

Retiro — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escriba el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1077920838 expedida en: TENA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Frankil Sevilla
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No.	Firma y sello del empleador	Comfacasanare Tesorería de Aportes y Pagos
Frankil Sevilla	Jose Oros	18 DIC 2023

Comfacasanare Administrando Bienestar

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Vigilado SuperSubsidio

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/915
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]



Nombre: LUIS ARIEL SEVILLA ROA
PESO: 85 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: FAMISANAR

Identificación: 1.033.702.448
Edad: 35 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS					
*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO _____	
*PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	[X]	*OSTEOMUSCULAR	NORMAL [X]		
*NECROLÓGICO	NORMAL [X]		NORMAL [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL		
*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN PERIODICO		
*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ]	*REUBICACION LABORAL [ ]	
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN DE EGRESO
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.702.448

SEVILLA ROA
APELLIDOS

LUIS ARIEL
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1988
TENA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

10-NOV-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00855151-M-1033702448-20161013 0051810524A 3 1644105530

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010659532

9010659532

27176354

18 12 2023

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Usuario: B. Registro de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia: X
3. Régimen: A. Contributivo: X
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente: X

II. AFILIACION A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (No contraerse a cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres									
	SEVILLA		ROA		LUIS		ARIEL		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad		9. Sexo: Femenino	Masculino: X	10. Fecha de nacimiento				
CC	1033702448				11	10	1986		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

13. Etnia
14. Discapacidad: Tipo / Condición
15. Pueblo SISBEN
16. Grupo de población especial
17. Administradora de pensiones: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
18. Ingreso base de cotización: $1.160.000
19. Ocupación
20. Administradora de pensiones

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

21. Apellidos y nombres									
22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad		24. Sexo: Femenino	Masculino	25. Fecha de nacimiento				

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

26. Apellidos y nombres									
	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
01									
02									
03									
04									
05									

	27. Tipo de documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. Sexo: Femenino	Masculino	30. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 31. Parentesco	32. Afiliado adicional
01							
02							
03							
04							
05							

	33. Discapacidad: Tipo	Condición	34. Datos de residencia: Municipio - Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo con código *	35. Valor de la UPC (El afiliado diferente al cotizante paga la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Privada

	36. Nombre de su institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
1		
2		
3		
4		

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

37. Nombre o razón social	38. Tipo de documento de identificación	39. Número del documento de identificación	40. Tipo de aportante a registrar (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	

41. Dirección de notificación	42. Teléfono	43. Departamento	44. Municipio
CL 26 B 17 04	3212145252	ARAUCA	ARAUCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Reactivación ante la EPS: Código: 6. Reconocimiento ante la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Retiro de solicitud cotizante sin condiciones para cotizar: X 10. Terminación de la vinculación laboral o retiro de las condiciones que exigía cotizante: 11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios: 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: B. Régimen Subsidiado: 14. Traslado: A. Mismo Régimen: B. Diferente Régimen: 15. Retiro de beneficiarios: 16. Pérdida del derecho de prepago a cotizante: 17. Reporte de la cuenta de Presupuesto Alto: 18. Reporte de la cuenta de Presupuesto

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	48. Fecha solicitud: 18 12 2023
49. EPS anterior	50. Motivo de traslado: Código	51. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VIII. SITUACIONES Y AUTORIZACIONES

52. Declaración de libertad y aceptación de afiliación
53. Declaración de afiliación de menores, incapaces o adultos con discapacidad cognitiva
54. Autorización para que la EPS realice la información que se genere en la atención del régimen de excepción a la base de datos del sistema general y a los entidades públicas que así lo requieran la requieran
55. Autorización para que la EPS realice los descuentos de cotizantes y aportes de ley y de los beneficiarios autorizados por el cotizante de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
56. Autorización para que la EPS envíe información de carácter informativo y comercial sobre temas de salud

VIII. FIRMAS

Luis Sevilla

Samuel Gomez

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: Folios:
59. Copia del diagnóstico de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
60. Copia del registro civil de nacimiento o de la Tarjeta de identidad, acta de conciliación o sentencia judicial que defina la custodia y/o patria potestad
61. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el estado civil, emitida y/o proferida por autoridad competente cuando el reconocimiento de la condición o estado civil no aparezca en el registro civil de nacimiento
62. Copia del certificado de adopción y acta de entrega del menor
63. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
64. Copia del documento en que conste la petición de la madre cotizante o del cotizante de afiliación de los padres o de terceros en relación con el concepto sobre la viabilidad de la afiliación del menor
65. Diligencia de autorización de tratamiento, con ocasión de la Ruta Integral de Salud
66. Certificado de vacunación al día emitido por el centro de salud
67. Copia de la orden administrativa o providencia de las autoridades competentes de la que derive la calidad de beneficiario o no afiliado del menor

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	69. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Tipología	Nivel	70. Fecha de validación	71. Fecha de validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
73. Firma del funcionario		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

Recuerde que con el envío de soportes, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos anexados en el presente formulario

INTERNET

Cambio Electrónico

Medellín, 18 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033702448	SEVILLA ROA LUIS ARIEL	19/12/2023		25K246p1	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 18/12/2023 15:58:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.68, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS ARIEL SEVILLA ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.702.448**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 1033702448
Lugar y fecha de expedición: 10/11/2006 BOGOTA
Sexo: X F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: SEVILLA
Segundo apellido: ROA
Nombres: LUIS ARIEL
Fecha de Nacimiento: 1998 AÑO 10 MES 11 DÍA
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
CIUDAD: YOPAL
Fecha de ingreso a la empresa: 2023 AÑO 12 MES 18 DÍA
Horas labor mes:
CARGO: OBRERO
SUELDO BÁSICO: 1160000
Tipo de contrato: INDEFINDO
Administra Recursos Públicos: SI NO Servidor Público: SI NO Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI NO Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas fronteriza (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZON SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Marcar: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Marcar: Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:
En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribir el número anterior o erroneo:

Solicitud de Datos Personales

Yo, LUIS ARIEL SEVILLA ROA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1033702448 expedida en BOGOTA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Luis Sevilla
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma

Luis Sevilla
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C. o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

ComfaCasanare
10 OCT 2023

Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos

OBSERVACIONES:

La información de este formato


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.117.547.435
TOVAR
APELLIDOS
FABIAN STIVEN
NOMBRES
FABIAN STEVEN TOVAR
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1995
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
10-JUL-2015 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-4400100-00732512-M-1117547435-20150812
0045783688A 1
43794301

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/12/2023, el empleador OROSACEVEDOJOSE LUIS identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1026275607 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6513310	18/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1117547435	FABIAN STIVEN TOVAR	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 18 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1117547435	TOVAR FABIAN STIVEN	19/12/2023		237h3n17	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 18/12/2023 15:44:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.68, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FABIAN STIVEN TOVAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1117547435,** se encuentra afiliado/a desde **27/10/2023** 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 18 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique inmediatamente de diligenciamiento y entregue de no aceptación al reverso
☐ Reconocimiento ☐ Mantenimiento
☐ Trabajo
☐ Autoriza envío de mensajes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro AÑO MES DIA

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: ☑ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C.
1117547435
Lugar y fecha de expedición: 10/07/2015 FLORENCIA
SISBEN: X / ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN

Primer apellido: TOVAR
Segundo apellido:
Nombres: FABIAN STIVEN
Fecha de Nacimiento: 2015 AÑO 03 MES 26 DÍA
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO 12 MES 18 DÍA		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINDO — Administrar Recursos Públicos: SI ☐ NO ☐ — Servidor Público: SI ☐ NO ☐ — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO ☐ — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Abrir: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro: Tipo y número de identificación: C.E. T.I. C.E. R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribir el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo FABIAN STIVEN TOVAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 1117547435 expedida en FLORENCIA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Fabian Tovar
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Fabian TOVAR
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C. o C.E. No.

Jose Oros
Fecha y sello del empleador

RECIBIDO COMFACASANARE 18/DIC/2023

Comfacasanare
Dirección de Aportes y Pagos

La información de este formato está sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si ya ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.077.920.836
SEVILLA ROA

APELLIDOS
FRANKIL ESNEYDER

NOMBRES

Franklin Sevilla

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1996
TENA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-ENE-2014 TENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1527700-00570317-M-1077920836-20140508 0038360177A 1 41803318

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010659513

9010659513

No. de Radicación: 27176321

Fecha de Radicación: 18 12 2023

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: B. Registro de Novedades: X

2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante - Cabeza de Familia: X

3. Régimen: A. Contributivo: X

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente: X

Código de registro ante la EPS:

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

6. Apellidos y nombres									
	SEVILLA		ROA		FRANKIL		ESNEYDER		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad		9. Sexo: Femenino	Masculino: X	10. Fecha de nacimiento				
CC	1077920836					01	01		1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo | Cantidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de pensiones: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 16. Autorizaciones de pensiones

17. Ingreso base de cotización: $1.160.000 | 18. Nacionalidad

Zona: Urbana | Rural

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: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo	Cantidad	32. Datos de residencia: Municipio - Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular *	33. Sexo de la IPS del afiliado adicional o registrado por la IPS
01								
02								
03								
04								
05								

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)

1
2
3
4

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de ejecutador o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	
39. Dirección	40. Teléfono	41. Departamento	42. Municipio
CL 26 B 17 04	3212145252	ARAUCA	ARAUCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la relación laboral, de la ECAT | Código | 6. Reintegro de la EPS | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral o cumplimiento de condiciones para cotizar: X | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar aportes voluntarios | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar aportes voluntarios | 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: X | B. Régimen Subsidiado | 14. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen | 15. Retiro de beneficiarios | 16. Reporte del Informe de protección al cesante | 17. Persona de la ciudad de Pre-pensionado | 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Base: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento | 48. Fecha novedad: 18 12 2023

49. EPS anterior | 50. Motivo de traslado: Código | 51. Código de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

52. Declaro que no pertenezco actualmente a ninguna otra entidad del régimen contributivo o especial en salud.

53. Declaro que la información consignada en el presente formulario es veraz y corresponde a la fiel copia del documento de identidad original que reposa en mis archivos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1995 de 1999.

54. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

55. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

56. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

57. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

58. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

59. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

60. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

61. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

62. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

63. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización mensual al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VIII. FIRMAS

Franklin Sevilla

Samuel Gomez

IX. ANEXOS

64. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad | Folios

65. Copia del registro civil de nacimiento cuando aplique (en el caso de hijos mayores de edad con discapacidad o cuando se requiera para declarar la unión marital)

66. Copia de la sentencia judicial o declaración patrimonial que declare la unión marital, cuando se requiera para declarar la unión marital

67. Copia del certificado de escolaridad o carné de estudio

68. Copia de la orden judicial o documento administrativo de custodia

69. Copia del documento en caso contrario (diferente de la unión marital) o el certificado de defunción de los padres o documento expedido por el consulado sobre la ausencia de los dos padres

70. Copia de la autorización de trabajo por parte de la Superintendencia de Seguridad en Salud

71. Certificación de discapacidad a otro miembro para realizar afiliaciones voluntarias

72. Copia del acta administrativa o proceso judicial de los estudiantes universitarios en la que conste su calidad de cotizantes o un acuerdo de afiliación colectiva

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

69. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	70. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	72. Fecha de radicación	73. Fecha de validación

74. Datos del funcionario que realiza la validación

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

75. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario se otorga mandato a empleador de la información registrada y de las transacciones generadas en la sección VII de este formato.

Cambio Empleo

INTERNET

Medellín, 18 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1077920836	SEVILLA ROA FRANKLIN ESNEYDER	19/12/2023		160k1702	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 18/12/2023 16:01:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.68, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.920.836**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Familiarmente nuestra

ComfaCasanare

Caja de Compensación Familiar de Casanare

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Lugar y fecha de expedición	CAUSAL NO ACEPTACIÓN
C.C. 1077920838	09/01/2014 TENA	

Primer apellido	Segundo apellido
SEVILLA	ROA

Nombres	Fecha de Nacimiento	Teléfono
FRANKIL ESNEYDER	1996 AÑO 01 MES 01 DÍA	3208651470

Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63 — BARRIO:

Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) — Soltero(a) — Separado(a) — Unión libre — Divorciado(a) — Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de ingreso a la empresa	Horas laborales mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO 12 MES 18 DÍA		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINIDO — Administra Recursos Públicos: SI NO — Servidor Público: SI NO — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA

Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI NO — Tipo de Discapacidad:

En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: No tiene — Propia — Arrendada — Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual — Homosexual — Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:

- Desplazado — Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) — Desmovilizado o reinsertado — Damnificado desastre natural
- Cabeza de familia — Hijo(a) de madres cabezas de familia — En condición de discapacidad — Población zonas fronteriza (Nacionales)
- Población migrante — Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado — Ejercicio del trabajo sexual — No aplica

Pertenencia étnica:

Afrocolombiano — Comunidad negra — Indígena palenquero — Raizal del archipiélago de San Andrés — Proveniente y vecino rrom — Room Kiriano — No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.	Dependencia
10262756076	CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido	Segundo apellido

Adición — Nombres — Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA

Recibe subsidio: SI ___ NO ___

Retiro — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escriba el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1077920838 expedida en: TENA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Frankil Sevilla
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No.	Firma y sello del empleador	Comfacasanare Tesorería de Aportes y Pagos
Frankil Sevilla	Jose Oros	18 DIC 2023

Comfacasanare Administrando Bienestar

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Vigilado SuperSubsidio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.702.448

SEVILLA ROA
APELLIDOS

LUIS ARIEL
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1988
TENA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

10-NOV-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00855151-M-1033702448-20161013 0051810524A 3 1644105530

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010659532

9010659532

27176354

18 12 2023

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Usuario: B. Registro de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia: X
3. Régimen: A. Contributivo: X
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente: X

II. AFILIACION A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (No contraerse a cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres									
	SEVILLA		ROA		LUIS		ARIEL		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad		9. Sexo: Femenino	Masculino: X	10. Fecha de nacimiento				
CC	1033702448				11	10	1986		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

13. Etnia
14. Discapacidad: Tipo / Condición
15. Pueblo SISBEN
16. Grupo de población especial
17. Administradora de pensiones: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
18. Ingreso base de cotización: $1.160.000
19. Ocupación
20. Administradora de pensiones

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

21. Apellidos y nombres									
22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad		24. Sexo: Femenino	Masculino	25. Fecha de nacimiento				

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

26. Apellidos y nombres									
	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
01									
02									
03									
04									
05									

	27. Tipo de documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. Sexo: Femenino	Masculino	30. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 31. Parentesco	32. Afiliado adicional
01							
02							
03							
04							
05							

	33. Discapacidad: Tipo	Condición	34. Datos de residencia: Municipio - Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo con código *	35. Valor de la UPC (El afiliado diferente al cotizante paga la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Privada

	36. Nombre de su institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
1		
2		
3		
4		

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

37. Nombre o razón social	38. Tipo de documento de identificación	39. Número del documento de identificación	40. Tipo de aportante a registrar (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	

41. Dirección de notificación	42. Teléfono	43. Departamento	44. Municipio
CL 26 B 17 04	3212145252	ARAUCA	ARAUCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Reactivación ante la EPS: Código: 6. Reconocimiento ante la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Retiro de solicitud cotizante sin condiciones para cotizar: X 10. Terminación de la vinculación laboral o retiro de las condiciones que exigía cotizante: 11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios: 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: B. Régimen Subsidiado: 14. Traslado: A. Mismo Régimen: B. Diferente Régimen: 15. Retiro de beneficiarios: 16. Pérdida del derecho de prepago a cotizante: 17. Reporte de la cuenta de Presupuesto Alto: 18. Reporte de la cuenta de Presupuesto

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	48. Fecha solicitud: 18 12 2023
49. EPS anterior	50. Motivo de traslado: Código	51. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VIII. SITUACIONES Y AUTORIZACIONES

52. Declaración de libertad y aceptación de afiliación
53. Declaración de afiliación de menores, incapaces o adultos con discapacidad cognitiva
54. Autorización para que la EPS realice la información que se genere en la atención del régimen de excepción a la base de datos del sistema general y a los entidades públicas que así lo requieran la requieran
55. Autorización para que la EPS realice los descuentos de cotizantes y aportes de ley y de los beneficiarios autorizados por el cotizante de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
56. Autorización para que la EPS envíe información de carácter informativo y comercial sobre temas de salud

VIII. FIRMAS

Luis Sevilla

Samuel Gomez

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: Folios:
59. Copia del diagnóstico de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
60. Copia del registro civil de nacimiento o de la Tarjeta de identidad, acta de conciliación o sentencia judicial que defina la custodia y/o patria potestad
61. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el estado civil, emitida y/o proferida por autoridad competente cuando el reconocimiento de la condición o estado civil no aparezca en el registro civil de nacimiento
62. Copia del certificado de adopción y acta de entrega del menor
63. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
64. Copia del documento en que conste la petición de la madre cotizante o del cotizante de afiliación de los padres o de terceros en relación con el concepto sobre la viabilidad de la afiliación del menor
65. Diligencia de autorización de tratamiento, con ocasión de la Ruta Integral de Salud
66. Certificado de vacunación al día emitido por el centro de salud
67. Copia de la orden administrativa o providencia de las autoridades competentes de la que derive la calidad de beneficiario o no afiliado del menor

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	69. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Tipología	Nivel	70. Fecha de validación	71. Fecha de validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
73. Firma del funcionario		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

Recuerde que con el envío de soportes, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos anexados en el presente formulario

INTERNET

Cambio Electrónico

Medellín, 18 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033702448	SEVILLA ROA LUIS ARIEL	19/12/2023		25K246p1	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 18/12/2023 15:58:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.68, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS ARIEL SEVILLA ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.702.448**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 1033702448
Lugar y fecha de expedición: 10/11/2006 BOGOTA
Sexo: X F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: SEVILLA
Segundo apellido: ROA
Nombres: LUIS ARIEL
Fecha de Nacimiento: 1998 AÑO 10 MES 11 DÍA
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
CIUDAD: YOPAL
Fecha de ingreso a la empresa: 2023 AÑO 12 MES 18 DÍA
Horas labor mes:
CARGO: OBRERO
SUELDO BÁSICO: 1160000
Tipo de contrato: INDEFINDO
Administra Recursos Públicos: SI NO Servidor Público: SI NO Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI NO Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas fronteriza (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZON SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Marcar: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Marcar: Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:
En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribir el número anterior o erroneo:

Solicitud de Datos Personales

Yo, LUIS ARIEL SEVILLA ROA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1033702448 expedida en BOGOTA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Luis Sevilla
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma

Luis Sevilla
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C. o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

ComfaCasanare
10 OCT 2023

Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos

OBSERVACIONES:

La información de este formato

CONSORCIO SEDE MARSAF

BASE DE DATOS DE PERSONAL

NOMBRE DEL PROYECTO:	CONTRATO N° 2391-2023	CIUDAD:	LA MESA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	IDENTIFICAR SI EL TRABAJADOR ES DE LA REGION		CIUDAD	EPS	ARL	AFP	EXAMEN DE INGRESO				CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			FECHA INGRESO A LA OBRA	FECHA RETIRO DE LA OBRA
				SI	NO					SI	NO	BASICO	ENFASIS EN T.S.A	SI	NO	FECHA		
1	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	X		LA MESA	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	X			X		X	N/A	12/12/2023	30/12/2023
2	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	X		LA MESA	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	X			X		X	N/A	12/12/2023	30/12/2023
3	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE	X		LA MESA	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	X			X		X	N/A	12/12/2023	30/12/2023

CONSORCIO SEDE MARSAF	**REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION**	Versión:	1
		Fecha:	Septiembre 15/2023
		Código:	FT-SST-002
		Pág.:	1/1

Área/ _____SST_____Inducción: __X____ Reinducción: _____

Inspector SST:_____ Firma _____

Coordinador SST: ____ZAYDE SUAREZ ORTIZ_____Firma: _____

Empresa: _CONSORCIO SEDE MARSAF____Proyecto: _____CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023

Duración de la actividad:__30 MINUTOS____Nota: Encierre en recuadro la capacitación recibida:

Con mi firma certifico que recibí inducción sobre: Estructura jerárquica de la Empresa, normas de seguridad generales, horarios de trabajo, asignación de tareas por cargo, conceptos básicos de seguridad social (ARL, EPS, AFP), Accidente de trabajo, Enfermedad general), Copasst, Procedimiento de reporte accidente de trabajo, Riesgos de trabajos en alturas, Uso de elementos de protección personal, Plan de emergencia y evacuación, códigos de alarma y brigada de emergencia. Reglamento Interno de Trabajo, y todos los reglamentos de SGSST de la empresa.

FECHA	N O M B R ES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMAS
12/12/2023	FABIAN STIVEN TOVAR	OFICIAL	1117547435	FABIAN STEVEN TOVAR
12/12/2023	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	AYUDANTE	1077920836	franklin Sevilla
12/12/2023	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	AYUDANTE	1033702448	

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SSTA-F-17
	SOPORTE DE CAPACITACION, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Versión: 0
		Fecha: 13-09-2023

AREA: SST

FECHA: 21/12/2023

TEMA: Capacitación en uso, mantenimiento y reposición de los elementos de proteccion personal (EPP)

OBJETIVO: Sencibilizar al personal sobre el uso obligatorio de los EPP, mantenimiento y reposición.

LUGAR DE CAPACITACION: FRENTE DE OBRA

HORA INICIO: 8:00 a. m.

HORA FINAL: 8:30 a. m.

TIPO DE EVENTO:

CHARLA DE SEGURIDAD		ENTRENAMIENTO		RECREACION	
INDUCCION		CAPACITACION	X	FORMACION	

RESPONSABLE: ZAYDE SUAREZ ORTIZ

FIRMA

ITEM	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	Fabian Steven Tovar
2	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	Franklin Sevilla
3	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES

(Espacio exclusivo para evaluar la eficacia de la capacitación)

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SSTA-F-17
	SOPORTE DE CAPACITACION, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Versión: 0
		Fecha: 13-09-2023

AREA: SST

FECHA: 28/12/2023

TEMA: Capacitación en identificación y clasificación de peligros (clasificación de peligros según la GTC45) , dar ejemplos según las tareas que ejecutan en obra.

OBJETIVO: Sencibilizar al personal sobre los riesgos a los que habitualmente estan expuestos en el lugar de trabajo

LUGAR DE CAPACITACION: FRENTE DE OBRA

HORA INICIO: 2:00 a. m.

HORA FINAL: 2:30 a. m.

TIPO DE EVENTO:

CHARLA DE SEGURIDAD		ENTRENAMIENTO		RECREACION	
INDUCCION		CAPACITACION	X	FORMACION	

RESPONSABLE: ZAYDE SUAREZ ORTIZ

FIRMA

ITEM	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	Fabian Steven Tovar
2	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	Franklin Sevilla
3	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

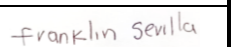
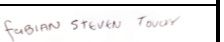
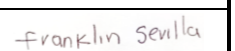
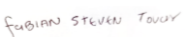
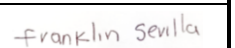
OBSERVACIONES

(Espacio exclusivo para evaluar la eficacia de la capacitación)

CONSORCIO SEDE MARSAF	PROCESO	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO	FT-SST-006
			VERSIÓN	1
	FORMATO	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA:	Septiembre 15/2023

PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023 SEDE LA MESA	EMPRESA:	CONSORSCIO SEDE MARSAF

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	NOMBRE:	JOSE LUIS OROS
	CARGO:	SUBCONTRATISTA
QUIEN SUPERVISA	NOMBRE:	ZAYDE SUAREZ ORTIZ
	CARGO:	PROFESIONAL SST

DATOS DEL TRABAJADOR				ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL																	RECIBIDO
				SEGURIDAD												DOTACIÓN					
FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	Protector respirtorio industrial	Protector respiratorio con filtro	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad transparentes	Protector auditivo de inserción	Protector auditivo de copa	Guantes de carnaza /vaqueta	Guantes de nitrilo/vinilo	Guantes de caucho	Casco de seguridad	Barbuquejo	Tapaboas antifluidos/desechables	Botas de seguriad (cuero)	Botas de caucho (punta de acero)	Camisa	Camibuso	Pantalon	FIRMA
12/12/2023	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	X			X	X		X	X	X	X			X			X	X	
12/12/2023	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	X			X	X		X	X	X	X			X			X	X	
12/12/2023	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE				X	X		X	X	X	X			X			X	X	
18/12/2023	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	X							X										
18/12/2023	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	X							X										
18/12/2023	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE	X							X										
26/12/20213	FABIAN STIVEN TOVAR	1.117.547.435	OFICIAL	X							X										
26/12/20213	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA	1.077.920.836	AYUDANTE	X							X										
26/12/20213	LUIS ARIEL SEVILLA ROA	1.033.702.448	AYUDANTE	X							X										

a. Utilizar de manera correcta el elemento de protccion personal durante la jornada de trabajo.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Cuidar y realizar mantenimiento a los elementos de protección personal.
d. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

CONSORCIO SEDE MARSAF

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

FORMATO N°: FT-SST-046

SG-SST

FORMATO INSPECCIÓN HERRAMIENTAS

Fecha:	Septiembre 15/2023
Versión	001
	Pagina 1 de 1

FECHA: 13/12/2023
OBRA CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023
AREA INSPECCIONADA FRENTE DE OBRA
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: FABIAN STIVEN TOVAR

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO		
A	**HERRAMIENTAS MANUALES**	**B**	**M**	**NA**
1	Se usa la adecuada al trabajo	X		
2	Se encuentran en buen estado	X		
3	Se guardan y portan adecuadamente	X		
4	Los mangos de madera no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos.	X		
B	**HERRAMIENTAS DE CORTE**	**B**	**M**	**NA**
1	Los cinceles no presentan su cabeza tipo hongo			
2	Los cinceles se encuentran afilados			
3	Las seguetas están correctamente instaladas y no presentan defectos			
4	Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias			
5	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos			
6	Los cuchillos disponen de mangos y fundas			
C	**HERRAMIENTAS DE GOLPE**	**B**	**M**	**NA**
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor	X		
2	Sus caras y bordes están en buen estado	X		
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo	XX		
D	**HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES**	**B**	**M**	**NA**
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas			
2	Se observan en la llave huellas y palancas			
3	Se dispone de llaves para golpear			
4	Las llaves no presentan sus mordazas abiertas o deterioradas			
5	La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente			
6	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado			
7	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas.			
E	**HERRAMIENTAS ELECTRICAS**	**B**	**M**	**NA**
1	Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)	X		
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	X		
3	Están limpia y lubricadas	X		
4	Tienen sus guardas	X		
5	Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas	X		
6	El cable y enchufe no presentan daños	X		
7	En los taladros se observa el mandil con golpes	X		
8	Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños	X		
9	Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados	X		
10	Se observa deterioro en las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas.	X		
11	Se almacenan las pulidoras y discos en sitios donde puedan ser golpeados	X		
F	**HERRAMIENTA NEUMATICA**	**B**	**M**	**NA**
1	Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado			
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta			
3	Se trabaja a las presiones indicadas			
4	La herramienta es descargada al terminar.			

OBSERVACIONES HERRAMIENTRAS ELECTRICAS SE UTILIZO PULIDORA Y TALADRO

FABIAN STEVEN TOVAR

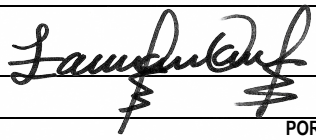
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

REVISO COORDINADOR SST

CONSORCIO SEDE MARSAF	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	Código: FT-SST-031
	GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DEL SG-SST	Fecha: 15/09/2023
		Páginas: 1

I. INFORMACIÓN GENERAL				
PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023	**CIUDAD:**	LA MESA	
AREA:	FRENTE DE OBRA	**DIRECCION:**		
QUIEN INSPECCIONA:	FABIAN STIVEN TOVAR	**FECHA:**	15/12/2023	

II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Deficiente (D) = 1	No cumple el criterio de evaluación a satisfacción, existe una probabilidad alta en generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales
Aceptable (A) = 3	Cumple parcialmente el criterio de evaluación, existe una probabilidad media en generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales
Excelente (E) = 5	Cumple el criterio de evaluación a satisfacción, existe una probabilidad baja en generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales

5 "S"	LISTA DE VERIFICACIÓN	CALIFICACIÓN
SEIRI - Seleccionar: Distinguir entre lo necesario y lo que no lo es	¿Los escritorios están despejados de objetos innecesarios?	
	¿Alrededor y debajo de los escritorios se encuentra despejado de objetos?	
	¿Los escritorios están libres de objetos personales?	
	TOTAL	**0**
	CUMPLIMIENTO SELECCIONAR	**0%**
OBSERVACIONES		
SEITON- ORGANIZAR: Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar	¿Todos los objetos u herramientas tienen una ubicación especifica?	5
	¿Se cuenta con un área de almacenamiento de objetos o herramientas?	5
	¿Las áreas de almacenamiento de objetos o herramientas de uso frecuente esta organizada?	5
	¿Están identificados y almacenados los obejtos o herramientas en un lugar especifico?	5
	¿Las herramientas de trabajo se encuentran organizados en un sitio específico y dispuestos de manera que se tenga un fácil acceso a ellos?	5
	¿Los equipos como: impresoras, computadores, sillas, extintores, camillas, puntos ecológicos y botiquines principalmente, están ubicados en lugares específicos sin interrumpir las vías de circulación de personas?	
	TOTAL	**25**
	CUMPLIMIENTO ORGANIZAR	**83%**
OBSERVACIONES		
SEISO - LIMPIAR: mantener el área de trabajo libre de suciedad.	¿Los sitios de trabajo en general se encuentran en buenas condiciones de limpieza?	5
	¿Se evidencia buenas condiciones de limpieza en áreas comunes (pisos, pasillos y escaleras) de trabajo?	5
	¿Se tiene claridad de cómo se deben clasificar los residuos sólidos en los puntos ecológicos?	5
	¿Las paredes, techos, ventanas y puertas están limpias?	5
	¿La estantería, archivos, escritorios y muebles en general están limpios?	
	¿La señalización, camillas, botiquines y extintores se observan limpios?	5
	¿Los servicios sanitarios, cafetería y demas áreas se encuentran en buenas condiciones higiénicas y de limpieza?	5
	TOTAL	**30**
	CUMPLIMIENTO LIMPIAR	**86%**
OBSERVACIONES		
SEIKETSU- ESTANDARIZAR: Evitar retroceso de los resultados obtenidos	¿Se evidencia la aplicación de las 3 primeras "S" al interior de las areas?	5
	¿Se evidencia un compromiso y participación activa de todos los trabajadores por mantener sus áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y limpieza?	5
	¿Se observan todos los puestos de trabajo organizados y limpios?	5
	¿Se observa unificación del programa de orden y limpieza de la empresa?	5
	¿Se ha comunicado el estándar del programa de orden y aseo a todos los trabajadores (evidenciar con listas de asistencia)	5
	¿Hay definidas estrategias de mejora continua para el programa de orden y limpieza?	5
	TOTAL	**30**
	CUMPLIMIENTO ESTANDARIZAR	**75%**
OBSERVACIONES		
SHITSUKE- AUTODISCIPLINA: Mantener los buenos hábitos	¿Se evidencia un compromiso por parte de todos los trabajadores y empleador por mantener los estándares del programa de orden y limpieza?	5
	¿Se evidencia en los trabajadores que el programa de orden y limpieza se convirtió en habito?	5
	¿Se percibe motivación en los trabajadores en la aplicación del programa de orden y limpieza?	5
	¿Se cuenta por parte del empleador metas específicas para el cumplimiento del programa de orden y limpieza?	5
	¿Por iniciativa de la empresa, se cuenta con alguna estrategia establecida para que todos los trabajadores fortalezcan el hábito del programa de orden y limpieza?	5
	TOTAL	**25**
	CUMPLIMIENTO AUTODISCIPLINA	**100%**
REVISA SST		
	CALIFICACIÓN TOTAL	**110**
	PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO	**76%**
	CUMPLE CON EL PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO	**CUMPLE**

CONSORCIO SEDE MARSAF

INPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA ELECTICA

Código: FT-SST-057
Verión: 1
Fecha: 15/09/2023

FECHA:

DIA __18__ ALDIA__23_ MES___12___AÑO_____2023__

MARCA _____DELWALT____

PREOPERACIONAL DE PULIDORAS

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBERVACIONES
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)	X		X		X		X		X		X				
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	X		X		X		X		X		X				
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA	X		X		X		X		X		X				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	X		X		X		X		X		X				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	X		X		X		X		X		X				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	X		X		X		X		X		X				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DEL DISCO	X		X		X		X		X		X				
NOMBRE DEL OPERADOR	franklin sevilla		franklin sevilla		franklin sevilla		franklin sevilla		franklin sevilla		franklin sevilla				
CARGO	AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		

NOTA: Esta lista se deberà entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMA DEL OPERADOR	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA
V°B° INSPECTOR SST	ZAYDE SUAREZ ORTIZ
REVISO COORDINADOR SST	

CONSORCIO SEDE MARSAF	**PROCESO:** SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT--SST-056
		Versión: 1
	FORMATO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO	Fecha: 15/09/2023
		Página: 1

PROYECTO	**CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023**					**SEMANA DEL**	18	**AL**	23	**DE**	dic-23
AREA DE TRABAJO	**FRENTE DE OBRA**	**MARCA**	**Bosch**	**MODELO**		**NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:** LUIS ARIEL SEVILLA ROA **CARGO:** AYUDANTE					
NOMBRE DEL OPERADOR	**LUIS ARIEL SEVILLA ROA**										

ITEM	REVISION	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
		B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	
1	ESTADO DE CONEXCIONES ELECTRICAS (CABLES, EXTENSIONES, TOMAS	X			X			X			X			X			X						
2	ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO	X			X			X			X			X			X						
3	ESTADO DEL MANGO	X			X			X			X			X			X						
4	ESTADO GENERAL DE LA GUIA Y LA GUARDA	X			X			X			X			X			X						
5	ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURA, RUPTURA,ETC)	X			X			X			X			X			X						
6	ESTADO GENERAL DEL MANDRIL	X			X			X			X			X			X						
7	ESTADO DE LAS BROCAS	X			X			X			X			X			X						
8	LLAVE PARA PORTA BROCAS	X			X			X			X			X			X						
9	PROTECTOR DE CABLE CON SUJETA LLAVES	X			X			X			X			X			X						
10	SELECTOR DE MODALIDAD	X			X			X			X			X			X						
11	CARCASA	X			X			X			X			X			X						
12	INTERRUPTOR	X			X			X			X			X			X						
13	UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	X			X			X			X			X			X						
Operador	**Nombre**	JLUIS ARIEL SEVILLA ROA			JLUIS ARIEL SEVILLA ROA			JLUIS ARIEL SEVILLA ROA			JLUIS ARIEL SEVILLA ROA			JLUIS ARIEL SEVILLA ROA			JLUIS ARIEL SEVILLA ROA						
	Firma																						
Quien inspecciona SST	**Nombre**																						
	Firma																						
V°B° SST	**Nombre**	ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			
	Firma																						

CONVENCIONES
B: BUENO **M:** MALO **N/A:** NO APLICA

CONSORCIO SEDE MARSAF

INPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA ELECTICA

Código: FT-SST-057
Verión: 1
Fecha: 15/09/2023

FECHA:

DIA __26__ ALDIA__30_ MES___12___AÑO_____2023__

MARCA _____DELWALT____

PREOPERACIONAL DE PULIDORAS

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBERVACIONES
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)			X		X		X		X		X				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)			X		X		X		X		X				
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			X		X		X		X		X				
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO			X		X		X		X		X				
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO			X		X		X		X		X				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA			X		X		X		X		X				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			X		X		X		X		X				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)			X		X		X		X		X				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			X		X		X		X		X				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			X		X		X		X		X				
ESTADO DEL DISCO			X		X		X		X		X				
NOMBRE DEL OPERADOR			Franklin Sevilla		Franklin Sevilla		Franklin Sevilla		Franklin Sevilla		Franklin Sevilla				
CARGO			AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE		AYUDANTE				

NOTA: Esta lista se deberà entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMA DEL OPERADOR	FRANKIL ESNEYDER SEVILLA ROA
VºBº INSPECTOR SST	ZAYDE SUAREZ ORTIZ
REVISO COORDINADOR SST	

CONSORCIO SEDE MARSAF	**PROCESO:** SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-056
		Versión: 1
	FORMATO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO	Fecha: 15/09/2023
		Página: 1

PROYECTO	**CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023**					**SEMANA DEL**	26	**AL**	30	**DE**	dic-23
AREA DE TRABAJO	**FRENTE DE OBRA**	**MARCA**	**Bosch**	**MODELO**		**NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:** LUIS ARIEL SEVILLA ROA					
NOMBRE DEL OPERADOR	**LUIS ARIEL SEVILLA ROA**					**CARGO:** AYUDANTE					

ITEM	REVISION	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
		B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	
1	ESTADO DE CONEXCIONES ELECTRICAS (CABLES, EXTENSIONES, TOMAS				X			X			X			X			X						
2	ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO				X			X			X			X			X						
3	ESTADO DEL MANGO				X			X			X			X			X						
4	ESTADO GENERAL DE LA GUIA Y LA GUARDA				X			X			X			X			X						
5	ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURA, RUPTURA,ETC)				X			X			X			X			X						
6	ESTADO GENERAL DEL MANDRIL				X			X			X			X			X						
7	ESTADO DE LAS BROCAS				X			X			X			X			X						
8	LLAVE PARA PORTA BROCAS				X			X			X			X			X						
9	PROTECTOR DE CABLE CON SUJETA LLAVES				X			X			X			X			X						
10	SELECTOR DE MODALIDAD				X			X			X			X			X						
11	CARCASA				X			X			X			X			X						
12	INTERRUPTOR				X			X			X			X			X						
13	UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR				X			X			X			X			X						
Operador	**Nombre**				LUIS ARIEL SEVILLA ROA			JHON EDWIN ABREO CASALLAS			JHON EDWIN ABREO CASALLAS			JHON EDWIN ABREO CASALLAS			JHON EDWIN ABREO CASALLAS						
	Firma																						
Quien inspecciona SST	**Nombre**																						
	Firma																						
V°B° SST	**Nombre**				ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ						
	Firma																						

CONVENCIONES
B: BUENO **M:** MALO **N/A:** NO APLICA