SNR **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:** 05/12/2023 –31/12/2024

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 4
1. OBJETIVO 5
1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
2. GENERALIDADES DEL PROYECTO 6
2.1. LOCALIZACIÓN 6
2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 6
3. INFORMACIÓN DE CONTRATO 7
3.1. CONTRATO DE OBRA 7
3.2. GARANTÍAS DEL CONTRATO DE OBRA .....**¡Error! Marcador no definido.**
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 8
4.1. PERSONAL EN OBRA 9
4.1.1. PERSONAL PROFESIONAL 9
4.2. ESTADO FINANCIERO 10
4.3. CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 1ER CORTE (30%) 10
.....**¡Error! Marcador no definido.**
5.1. OBJETIVOS .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.2. RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.4. PERSONAL EN OBRA .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.5. MANEJO DE EQUIPOS .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.7. CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ... **¡Error! Marcador no definido.**
5.8. DOTACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ¡Error! Marcador no definido.
5.9. INSPECCIONES EN SST .....**¡Error! Marcador no definido.**
5.10. ACCIDENTES E INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO ..... **¡Error! Marcador no definido.**

5.11. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID-19 .... ¡Error! Marcador no definido.

5.11.1. LAVADO DE MANOS ..... ¡Error! Marcador no definido.

5.11.2. DISTANCIAMIENTO FÍSICO ..... ¡Error! Marcador no definido.

5.12. ACTIVIDADES MANEJO AMBIENTAL ..... ¡Error! Marcador no definido.

5.12.1. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS EN OBRA .. ¡Error! Marcador no definido.

5.12.2. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS ORDINARIOS ..... ¡Error! Marcador no definido.

5.12.3. LIMPIEZA EN SITIO DE OBRA ..... ¡Error! Marcador no definido.

5.12.4. MANEJO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN ..... ¡Error! Marcador no definido.

5.13. CONCLUSIONES ..... ¡Error! Marcador no definido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENRALES 19

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 Melgar con una descripción y análisis de las actividades ejecutadas en el periodo comprendido.

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 Melgar, 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 Melgar, ubicada en la Calle 6 No. 26-56 Melgar (Tolima).



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 SEDE 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

1.1. 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

2. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

2.1. PERSONAL EN OBRA

2.1.1. 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

2.1.2. PERSONAL MANO DE OBRA MELGAR

JHON ALEXANDER GUASCA	MAESTRO DE OBRA
JULIAN ANDRES GODOY	AYUDANTE DE OBRA
WILSON ANDRES JARA	AYUDANTE DE OBRA
KEVIN SANTIAGO GUASCA	AYUDANTE DE OBRA

2.2. ESTADO FINANCIERO

RELACIÓN ACTAS DE OBRA			
VALOR DEL CONTRATO		**$ 84.838.594,98**	
ACTA No	**% AVANCE**	**VALOR ACTA**	**ESTADO**
ACTA 1	30.00%	$25.451.578,49	En trámite
ACTA 2	30.00%	$25.451.578,49	En trámite
ACTA 3	30.00%	$25.451.578,49	En trámite
SALDO	**10%**	**$8.483.859,51**	**Pendiente a recibo de obra**

2.3. CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 1ER CORTE (30%)

ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)								
1	**PRELIMINARES**							$ 1.365.449,00
1,02	DESMONTE DE CANALETA PLÁSTICA Y METÁLICA DE RED DE VOZ Y DATOS	m	0,0	0,0	0,0	$ 6.065,00	$ -	
1,03	DESMONTE DE PUNTO DE RED DE VOZ Y DATOS	un	0,0	0,0	0,0	$ 14.152,00	$ -	
1,04	DESMONTE DE CIELORRASO	m²	68,0	68,0	68,0	$ 9.430,00	$ 641.240,00	
1,06	DESMONTE DIVISIÓN SOBRE MESÓN	m²	0,0	0,0	0,0	$ 9.155,00	$ -	
1,07	DESMONTE DE APARATOS SANITARIOS Y LAVAMANOS	un	0,0	0,0	0,0	$ 23.540,00	$ -	
1,09	DESMONTE AIRE ACONDICIONADO HASTA 48.000 BTU	un	0,0	0,0	0,0	$ 44.175,00	$ -	
1,10	DESMONTE DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS	un	15,0	15,0	15,0	$ 20.449,00	$ 306.735,00	
1,11	DESMONTE DE CUBIERTA	m²	10,0	0,0	0,0	$ 12.637,00	$ -	
1,18	DESMONTE VENTANA METÁLICA	m²	0,0	0,0	0,0	$ 19.190,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	0,0	0,0	0,0	$ 17.312,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	5,0	0,0	0,0	$ 12.359,00	$ -	
1,46	DEMOLICIÓN DE MESÓN COCINA (E=6-12CM)	m²	0,0	0,0	0,0	$ 23.410,00	$ -	
1,52	INSTALACIÓN DE AIRE ACONDICIONADO HASTA 48.000 BTU	un	0,0	0,0	0,0	$ 101.666,00	$ -	
1,55	INSTALACIÓN DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS	un	15,0	0,0	0,0	$ 21.575,00	$ -	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,0	1,0	1,0	$ 417.474,00	$ 417.474,00	
1.67	GESTION Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCION Y DEMOLICIONES EN GENERAL	m³	7,0	0,0	0,0	$ 26.491,00	$ -	
1,73	CERRAMIENTO EN LONA VERDE H=2.10 M	m²	0,0	0,0	0,0	$ 16.030,00	$ -	
2	**CARPINTERIA EN MADERA**							$ 0,00
2,09	MUEBLE SUPERIOR COCINA 180X80X33,8CM	un	1,00	0,00	0,00	$ 865.917,00	$ -	
2,10	MUEBLE BAJO MESÓN COCINA	m	0,00	0,00	0,00	$ 738.279,00	$ -	
2,13	PUERTA EN MADERA 51CM-75CM	un	1,00	0,00	0,00	$ 437.415,00	$ -	
2,15	MARCO PUERTA EN MADERA 51CM-75CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 173.362,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	4,00	0,00	0,00	$ 127.039,00	$ -	
2,19	CERRADURA DE SEGURIDAD PARA OFICINA	un	2,00	0,00	0,00	$ 101.577,00	$ -	
3	**CARPIMTERIA METALICA**							$ 0,00
3,07	PELÍCULA ANTIREFLEJO DE SEGURIDAD 4 MICRAS	m²	0,00	0,00	0,00	$ 104.819,00	$ -	
3,09	VENTANA EN LÁMINA CAL. 20 BATIENTE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 268.280,00	$ -	
3,20	ESPEJO BISELADO 5MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 181.630,00	$ -	
4	**CIELORRASOS**							$ 0,00
4,02	CIELORRASO EN FIBRA MINERAL 60CMX60CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 118.317,00	$ -	
4,07	CIELORRASO PLANO EN DRYWALL 1/2	m²	0,00	0,00	0,00	$ 63.039,00	$ -	

5	**CONCRETO Y MORTEROS**							**$ 0,00**
5,02	PAÑETE MUROS 1:3	m²	51,00	0,00	0,00	$ 33.281,00	$ -	
5,04	PAÑETE MUROS 1:4	m²	29,00	0,00	0,00	$ 31.693,00	$ -	
6	**CUBIERTAS**							**$ 0,00**
6,05	TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5	m²	12,00	0,00	0,00	$ 39.894,00	$ -	
6,08	TEJA TRASLÚCIDA ONDULADA	m²	10,00	0,00	0,00	$ 51.867,00	$ -	
6,16	ESTRUCTURA METÁLICA PARA TEJA DE FIBROCEMENTO	m	12,00	0,00	0,00	$ 56.991,00	$ -	
6,17	BAJANTE DE AGUAS LLUVIAS PVC 4"	m	10,00	0,00	0,00	$ 49.740,00	$ -	
6,20	CANAL EN LÁMINA CAL 22	m	4,00	0,00	0,00	$ 76.467,00	$ -	
6,21	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22	m	4,00	0,00	0,00	$ 38.721,00	$ -	
7	**ENCHAPE MUROS**							**$ 0,00**
7,03	RESANE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 17.327,00	$ -	
8	**ESTRUCTURAS EN CONCRETO**							**$ 0,00**
8,03	VIGACINTA DE AMARRE 12X20CM	m	0,00	0,00	0,00	$ 96.624,00	$ -	
10	**FACHADAS Y REVESTIMIENTOS**							**$ 1.761.123,00**
10,02	LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO	m²	120,00	70,00	70,00	$ 21.424,00	$ 1.499.680,00	
10,06	LAVADO DE FACHADA	m²	17,00	17,00	17,00	$ 15.379,00	$ 261.443,00	
11	**IMPERMEABILIZACION**							**$ 0,00**
11,03	IMPERMEABILIZACIÓN CON POLIUREA E=1,5MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 164.614,00	$ -	
12	**MAMPOSTERIA**							**$ 0,00**
12,06	MURO DIVISORIO BLOQUE LISO NO.5	m²	0,00	0,00	0,00	$ 79.169,00	$ -	
12,07	MURO DRYWALL DOBLE CARA E=10CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 87.947,00	$ -	
13	**PINTURAS**							**$ 12.612.208,25**
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	914,0	545,5	545,5	$ 20.895,00	$ 11.399.168,25	
13,11	VINILO TIPO 2 CIELORRASOS 2 MANOS	m²	80,00	80,00	80,00	$ 15.163,00	$ 1.213.040,00	
14	**PISOS**							**$ 0,00**
14,05	PISO CERÀMICO ANTIDESLIZANTE	m²	5,00	0,00	0,00	$ 71.854,00	$ -	
14,15	ALISTADO DE PISO 4CM IMPERMEABILIZADO	m²	0,00	0,00	0,00	$ 39.514,00	$ -	
14,19	MEDIA CAÑA EN GRAVILLA LAVADA E=10CM	m	0,00	0,00	0,00	$ 40.965,00	$ -	
15	**RED ELECTRICA**							**$ 0,00**
15,01	TUBERÍA EMT 1" DESCOLGADA	m	0,00	0,00	0,00	$ 52.448,00	$ -	
15,10	LUMINARIA LED 60X60CM PARA TECHO MODULAR	un	15,00	0,00	0,00	$ 170.654,00	$ -	
15,11	LUMINARIA LED REDONDA 18W DE SOBREPONER/DESCOLGADA	un	1,00	0,00	0,00	$ 101.498,00	$ -	
15,14	INTERRUPTOR ENCHUFABLE 1X15A	un	0,00	0,00	0,00	$ 24.237,00	$ -	
15,27	SALIDA LUMINARIA EN TECHO EMT	un	0,00	0,00	0,00	$ 178.097,00	$ -	
15,37	SALIDA TOMA CORRIENTE BIFÁSICO EN MURO PVC	un	0,00	0,00	0,00	$ 106.280,00	$ -	
15,46	BALANCEO DE CARGAS TABLERO ELÉCTRICO	un	0,00	0,00	0,00	$ 163.749,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							**$ 0,00**
16,13	CAMBIO DE ARBOL Y FLOTADOR POR SISTEMA AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 129.681,00	$ -	
16,14	AHORRADOR EN TANQUE DE INODORO	un	0,00	0,00	0,00	$ 85.626,00	$ -	
16,15	CAMBIO KIT REPUESTO FLUXÓMETRO	un	0,00	0,00	0,00	$ 294.062,00	$ -	
16,16	CAMBIO LLAVE CON FILTRO AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 281.568,00	$ -	
16,22	LAVAPLATOS EN ACERO INOXIDABLE	un	0,00	0,00	0,00	$ 431.123,00	$ -	
16,24	MESON EN ACERO INOXIDABLE	un	0,00	0,00	0,00	$ 514.608,00	$ -	
16,25	MOTOBOMBA 2,0 HP	un	0,00	0,00	0,00	$ 877.035,00	$ -	
16,29	PRUEBA HIDROSTÀTICA	un	0,00	0,00	0,00	$ 545.762,00	$ -	
16,31	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MESON EN GRANITO MARMOL NEGRO SAN GABRIEL D=1,10M	m	0,00	0,00	0,00	$ 1.032.493,00	$ -	
16,32	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE GRIFERÍA PARA LAVAMANOS	un	0,00	0,00	0,00	$ 279.205,00	$ -	
16,33	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE DESAGUE PARA LAVAMANOS	un	0,00	0,00	0,00	$ 70.187,00	$ -	
17	**RED SANITARIA**							**$ 2.231.040,00**
17,05	BAJANTE AGUAS NEGRAS 4"	m	10,00	0,00	0,00	$ 53.332,00	$ -	
17,20	SONDEO Y LIMPIEZA RED SANITARIA	m	80,00	80,00	80,00	$ 27.888,00	$ 2.231.040,00	
17,28	SANITARIO TIPO AHORRADOR	un	1,00	0,00	0,00	$ 416.061,00	$ -	
17,29	ORINAL TIPO GOTTA O SIMILAR, INCLEYE LLAVE DE PUSH Y DESAGUE.	un	0,00	0,00	0,00	$ 1.183.875,00	$ -	
19	**ASEO - SEÑALIZACIÓN**							**$ 0,00**
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	3,00	0,00	0,00	$ 433.045,00	$ -	
19,02	AVISO ORIP 2,60X1,00X0,15	un	1,00	0,00	0,00	$ 1.473.590,00	$ -	
19,03	CINTA ANTIDESLIZANTE AUTO ADHESIVA	m	0,00	0,00	0,00	$ 16.177,00	$ -	
19,04	PLACA DE SEÑALIZACIÓN 21X30CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 37.909,00	$ -	
19,05	PLACA DE SEÑALIZACIÓN BRAILE	un	0,00	0,00	0,00	$ 169.506,00	$ -	
19,07	SUMINISTRO DE PUNTO ECOLÓGICO	un	0,00	0,00	0,00	$ 517.020,00	$ -	

	ACTIVIDADES ADICIONALES							**$ 1.615.850,00**
11,02	MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUERZO POLIETILENO	m2	190,00			$ 54.428,00	$ -	
4,05	CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm	m2	68,00	17,00	17,00	$ 95.050,00	$ 1.615.850,00	
4,06	MANTENIMIENTO DE CIELORRASO EN FIBRA MINERAL	m²	90,00			$ 29.284,00	$ -	
10,05	PINTURA ACRÍLICA PARA EXTERIORES [2 MANOS]	m2	70,00			$ 17.448,00	$ -	
13,01	ANTICORROSIVO SOBRE LÁMINA LINEAL	m	120,00			$ 14.522,00	$ -	
13,06	ESMALTE SOBRE MARCOS LÁMINA	m	96,00			$ 14.916,00	$ -	
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 19.585.670,25**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	**23%**					**$ 4.504.704,16**
	IMPREVISTOS	%	**1%**					**$ 195.856,70**
	UTILIDADES	%	**5%**					**$ 979.283,51**
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	**19%**					**$ 186.063,87**
								25.451.578,49
	VALOR TOTAL OBRA							
	MUEBLES (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 25.451.578,49**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL MUEBLES							**$ -**
	VALOR TOTAL ORIP							**$ 25.451.578,49**

4.3.1 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 2DO CORTE (30%)

ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)								
1	**PRELIMINARES**							**$ 0,00**
1,02	DESMONTE DE CANALETA PLÁSTICA Y METÁLICA DE RED DE VOZ Y DATOS	m	0,0	0,0	0,0	$ 6.065,00	$ -	
1,03	DESMONTE DE PUNTO DE RED DE VOZ Y DATOS	un	0,0	0,0	0,0	$ 14.152,00	$ -	
1,04	DESMONTE DE CIELORRASO	m²	68,0	0,0	0,0	$ 9.430,00	$ -	
1,06	DESMONTE DIVISIÓN SOBRE MESÓN	m²	0,0	0,0	0,0	$ 9.155,00	$ -	
1,07	DESMONTE DE APARATOS SANITARIOS Y LAVAMANOS	un	0,0	0,0	0,0	$ 23.540,00	$ -	
1,09	DESMONTE AIRE ACONDICIONADO HASTA 48.000 BTU	un	0,0	0,0	0,0	$ 44.175,00	$ -	
1,10	DESMONTE DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS	un	15,0	0,0	0,0	$ 20.449,00	$ -	
1,11	DESMONTE DE CUBIERTA	m²	10,0	0,0	0,0	$ 12.637,00	$ -	
1,18	DESMONTE VENTANA METÁLICA	m²	0,0	0,0	0,0	$ 19.190,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	0,0	0,0	0,0	$ 17.312,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	5,0	0,0	0,0	$ 12.359,00	$ -	
1,46	DEMOLICIÓN DE MESÓN COCINA (E=6-12CM)	m²	0,0	0,0	0,0	$ 23.410,00	$ -	
1,52	INSTALACIÓN DE AIRE ACONDICIONADO HASTA 48.000 BTU	un	0,0	0,0	0,0	$ 101.666,00	$ -	
1,55	INSTALACIÓN DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS	un	15,0	0,0	0,0	$ 21.575,00	$ -	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,0	0,0	0,0	$ 417.474,00	$ -	
1.67	GESTION Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIONES EN GENERAL	m³	7,0	0,0	0,0	$ 26.491,00	$ -	
1,73	CERRAMIENTO EN LONA VERDE H=2.10 M	m²	0,0	0,0	0,0	$ 16.030,00	$ -	
2	**CARPINTERIA EN MADERA**							**$ 0,00**
2,09	MUEBLE SUPERIOR COCINA 180X80X33,8CM	un	1,00	0,00	0,00	$ 865.917,00	$ -	
2,10	MUEBLE BAJO MESÓN COCINA	m	0,00	0,00	0,00	$ 738.279,00	$ -	
2,13	PUERTA EN MADERA 51CM-75CM	un	1,00	0,00	0,00	$ 437.415,00	$ -	
2,15	MARCO PUERTA EN MADERA 51CM-75CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 173.362,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	4,00	0,00	0,00	$ 127.039,00	$ -	
2,19	CERRADURA DE SEGURIDAD PARA OFICINA	un	2,00	0,00	0,00	$ 101.577,00	$ -	
3	**CARPIMTERIA METALICA**							**$ 0,00**
3,07	PELÍCULA ANTIREFLEJO DE SEGURIDAD 4 MICRAS	m²	0,00	0,00	0,00	$ 104.819,00	$ -	
3,09	VENTANA EN LÁMINA CAL. 20 BATIENTE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 268.280,00	$ -	
3,20	ESPEJO BISELADO 5MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 181.630,00	$ -	
4	**CIELORRASOS**							**$ 0,00**
4,02	CIELORRASO EN FIBRA MINERAL 60CMX60CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 118.317,00	$ -	
4,07	CIELORRASO PLANO EN DRYWALL 1/2	m²	0,00	0,00	0,00	$ 63.039,00	$ -	
5	**CONCRETO Y MORTEROS**							**$ 919.097,00**
5,02	PAÑETE MUROS 1:3	m²	51,00	0,00	0,00	$ 33.281,00	$ -	
5,04	PAÑETE MUROS 1:4	m²	29,00	29,00	29,00	$ 31.693,00	$ 919.097,00	
6	**CUBIERTAS**							**$ 0,00**
6,05	TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5	m²	12,00	0,00	0,00	$ 39.894,00	$ -	
6,08	TEJA TRASLÚCIDA ONDULADA	m²	10,00	0,00	0,00	$ 51.867,00	$ -	
6,16	ESTRUCTURA METÁLICA PARA TEJA DE FIBROCEMENTO	m	12,00	0,00	0,00	$ 56.991,00	$ -	
6,17	BAJANTE DE AGUAS LLUVIAS PVC 4"	m	10,00	0,00	0,00	$ 49.740,00	$ -	
6,20	CANAL EN LÁMINA CAL 22	m	4,00	0,00	0,00	$ 76.467,00	$ -	
6,21	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22	m	4,00	0,00	0,00	$ 38.721,00	$ -	
7	**ENCHAPE MUROS**							**$ 0,00**
7,03	RESANE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 17.327,00	$ -	
8	**ESTRUCTURAS EN CONCRETO**							**$ 0,00**
8,03	VIGACINTA DE AMARRE 12X20CM	m	0,00	0,00	0,00	$ 96.624,00	$ -	
10	**FACHADAS Y REVESTIMIENTOS**							**$ 0,00**
10,02	LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO	m²	120,00	0,00	0,00	$ 21.424,00	$ -	
10,06	LAVADO DE FACHADA	m²	17,00	0,00	0,00	$ 15.379,00	$ -	

11	**IMPERMEABILIZACION**							**$ 0,00**
11,03	IMPERMEABILIZACIÓN CON POLIUREA E=1,5MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 164.614,00	$ -	
12	**MAMPOSTERIA**							**$ 0,00**
12,06	MURO DIVISORIO BLOQUE LISO NO.5	m²	0,00	0,00	0,00	$ 79.169,00	$ -	
12,07	MURO DRYWALL DOBLE CARA E=10CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 87.947,00	$ -	
13	**PINTURAS**							**$ 7.680.873,25**
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	914,0	367,59	367,59	$ 20.895,00	$ 7.680.873,25	
13,11	VINILO TIPO 2 CIELORRASOS 2 MANOS	m²	80,00	0,00	0,00	$ 15.163,00	$ -	
14	**PISOS**							**$ 0,00**
14,05	PISO CERÀMICO ANTIDESLIZANTE	m²	5,00	0,00	0,00	$ 71.854,00	$ -	
14,15	ALISTADO DE PISO 4CM IMPERMEABILIZADO	m²	0,00	0,00	0,00	$ 39.514,00	$ -	
14,19	MEDIA CAÑA EN GRAVILLA LAVADA E=10CM	m	0,00	0,00	0,00	$ 40.965,00	$ -	
15	**RED ELECTRICA**							**$ 0,00**
15,01	TUBERÍA EMT 1" DESCOLGADA	m	0,00	0,00	0,00	$ 52.448,00	$ -	
15,10	LUMINARIA LED 60X60CM PARA TECHO MODULAR	un	15,00	0,00	0,00	$ 170.654,00	$ -	
15,11	LUMINARIA LED REDONDA 18W DE SOBREPONER/DESCOLGADA	un	1,00	0,00	0,00	$ 101.498,00	$ -	
15,14	INTERRUPTOR ENCHUFABLE 1X15A	un	0,00	0,00	0,00	$ 24.237,00	$ -	
15,27	SALIDA LUMINARIA EN TECHO EMT	un	0,00	0,00	0,00	$ 178.097,00	$ -	
15,37	SALIDA TOMA CORRIENTE BIFÁSICO EN MURO PVC	un	0,00	0,00	0,00	$ 106.280,00	$ -	
15,46	BALANCEO DE CARGAS TABLERO ELÉCTRICO	un	0,00	0,00	0,00	$ 163.749,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							**$ 0,00**
16,13	CAMBIO DE ARBOL Y FLOTADOR POR SISTEMA AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 129.681,00	$ -	
16,14	AHORRADOR EN TANQUE DE INODORO	un	0,00	0,00	0,00	$ 85.626,00	$ -	
16,15	CAMBIO KIT REPUESTO FLUXÓMETRO	un	0,00	0,00	0,00	$ 294.062,00	$ -	
16,16	CAMBIO LLAVE CON FILTRO AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 281.568,00	$ -	
16,22	LAVAPLATOS EN ACERO INOXIDABLE	un	0,00	0,00	0,00	$ 431.123,00	$ -	
16,24	MESON EN ACERO INOXIDABLE	un	0,00	0,00	0,00	$ 514.608,00	$ -	
16,25	MOTOBOMBA 2,0 HP	un	0,00	0,00	0,00	$ 877.035,00	$ -	
16,29	PRUEBA HIDROSTÁTICA	un	0,00	0,00	0,00	$ 545.762,00	$ -	
16,31	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MESON EN GRANITO MARMOL NEGRO SAN GABRIEL D=1,10M	m	0,00	0,00	0,00	$ 1.032.493,00	$ -	
16,32	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE GRIFERÍA PARA LAVAMANOS	un	0,00	0,00	0,00	$ 279.205,00	$ -	
16,33	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE DESAGUE PARA LAVAMANOS	un	0,00	0,00	0,00	$ 70.187,00	$ -	
17	**RED SANITARIA**							**$ 0,00**
17,05	BAJANTE AGUAS NEGRAS 4"	m	0,00	0,00	0,00	$ 53.332,00	$ -	
17,20	SONDEO Y LIMPIEZA RED SANITARIA	m	80,00	0,00	0,00	$ 27.888,00	$ -	
17,28	SANITARIO TIPO AHORRADOR	un	1,00	0,00	0,00	$ 416.061,00	$ -	
17,29	ORINAL TIPO GOTTA O SIMILAR, INCLEYE LLAVE DE PUSH Y DESAGUE.	un	0,00	0,00	0,00	$ 1.183.875,00	$ -	

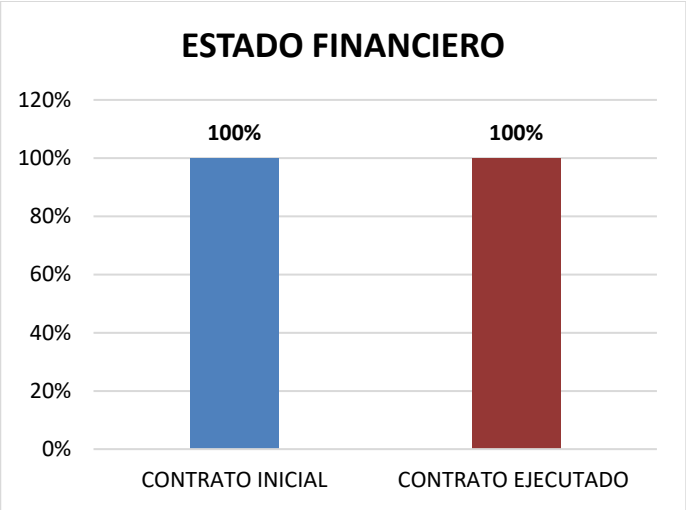
19	**ASEO - SEÑALIZACIÓN**							**$ 0,00**
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	3,00	0,00	0,00	$ 433.045,00	$ -	
19,02	AVISO ORIP 2,60X1,00X0,15	un	1,00	0,00	0,00	$ 1.473.590,00	$ -	
19,03	CINTA ANTIDESLIZANTE AUTO ADHESIVA	m	0,00	0,00	0,00	$ 16.177,00	$ -	
19,04	PLACA DE SEÑALIZACIÓN 21X30CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 37.909,00	$ -	
19,05	PLACA DE SEÑALIZACIÓN BRAILE	un	0,00	0,00	0,00	$ 169.506,00	$ -	
19,07	SUMINISTRO DE PUNTO ECOLÓGICO	un	0,00	0,00	0,00	$ 517.020,00	$ -	
	ACTIVIDADES ADICIONALES							**$ 10.985.700,00**
11,02	MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUERZO POLIETILENO	m2	190,00	125,00	125,00	$ 54.428,00	$ 6.803.500,00	
4,05	CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm	m2	68,00	44,00	44,00	$ 95.050,00	$ 4.182.200,00	
4,06	MANTENIMIENTO DE CIELORRASO EN FIBRA MINERAL	m²	90,00	0,00	0,00	$ 29.284,00	$ -	
10,05	PINTURA ACRÍLICA PARA EXTERIORES [2 MANOS]	m2	70,00	0,00	0,00	$ 17.448,00	$ -	
13,01	ANTICORROSIVO SOBRE LÁMINA LINEAL	m	120,00	0,00	0,00	$ 14.522,00	$ -	
13,06	ESMALTE SOBRE MARCOS LÁMINA	m	96,00	0,00	0,00	$ 14.916,00	$ -	
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 19.585.670,25**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	**23%**					**$ 4.504.704,16**
	IMPREVISTOS	%	**1%**					**$ 195.856,70**
	UTILIDADES	%	**5%**					**$ 979.283,51**
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	**19%**					**$ 186.063,87**
								25.451.578,49
	VALOR TOTAL OBRA							
	MUEBLES (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 25.451.578,49**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL MUEBLES							**$ -**
	VALOR TOTAL ORIP							**$ 25.451.578,49**

4.3.2 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 3ER CORTE (30%)

ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)								
1	**PRELIMINARES**							$ 511.790,00
1,02	DESMONTE DE CANALETA PLÁSTICA Y METÁLICA DE RED DE VOZ Y DATOS	m	0,0	0,0	0,0	$ 6.065,00	$ -	
1,03	DESMONTE DE PUNTO DE RED DE VOZ Y DATOS	un	0,0	0,0	0,0	$ 14.152,00	$ -	
1,04	DESMONTE DE CIELORRASO	m²	68,0	0,0	0,0	$ 9.430,00	$ -	
1,06	DESMONTE DIVISIÓN SOBRE MESÓN	m²	0,0	0,0	0,0	$ 9.155,00	$ -	
1,07	DESMONTE DE APARATOS SANITARIOS Y LAVAMANOS	un	0,0	0,0	0,0	$ 23.540,00	$ -	
1,09	DESMONTE AIRE ACONDICIONADO HASTA 48.000 BTU	un	0,0	0,0	0,0	$ 44.175,00	$ -	
1,10	DESMONTE DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS	un	15,0	0,0	0,0	$ 20.449,00	$ -	
1,11	DESMONTE DE CUBIERTA	m²	10,0	10,0	10,0	$ 12.637,00	$ 126.370,00	
1,18	DESMONTE VENTANA METÁLICA	m²	0,0	0,0	0,0	$ 19.190,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	0,0	0,0	0,0	$ 17.312,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	5,0	5,0	5,0	$ 12.359,00	$ 61.795,00	
1,46	DEMOLICIÓN DE MESÓN COCINA (E=6-12CM)	m²	0,0	0,0	0,0	$ 23.410,00	$ -	
1,52	INSTALACIÓN DE AIRE ACONDICIONADO HASTA 48.000 BTU	un	0,0	0,0	0,0	$ 101.666,00	$ -	
1,55	INSTALACIÓN DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS	un	15,0	15,0	15,0	$ 21.575,00	$ 323.625,00	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,0	0,0	0,0	$ 417.474,00	$ -	
1,67	GESTION Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIONES EN GENERAL	m³	7,0	0,0	0,0	$ 26.491,00	$ -	
1,73	CERRAMIENTO EN LONA VERDE H=2.10 M	m²	0,0	0,0	0,0	$ 16.030,00	$ -	
2	**CARPINTERIA EN MADERA**							$ 945.571,00
2,09	MUEBLE SUPERIOR COCINA 180X80X33,8CM	un	1,00	0,00	0,00	$ 865.917,00	$ -	
2,10	MUEBLE BAJO MESÓN COCINA	m	0,00	0,00	0,00	$ 738.279,00	$ -	
2,13	PUERTA EN MADERA 51CM-75CM	un	1,00	1,00	1,00	$ 437.415,00	$ 437.415,00	
2,15	MARCO PUERTA EN MADERA 51CM-75CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 173.362,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	4,00	4,00	4,00	$ 127.039,00	$ 508.156,00	
2,19	CERRADURA DE SEGURIDAD PARA OFICINA	un	2,00	0,00	0,00	$ 101.577,00	$ -	
3	**CARPIMTERIA METALICA**							$ 0,00
3,07	PELÍCULA ANTIREFLEJO DE SEGURIDAD 4 MICRAS	m²	0,00	0,00	0,00	$ 104.819,00	$ -	
3,09	VENTANA EN LÁMINA CAL. 20 BATIENTE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 268.280,00	$ -	
3,20	ESPEJO BISELADO 5MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 181.630,00	$ -	
4	**CIELORRASOS**							$ 0,00
4,02	CIELORRASO EN FIBRA MINERAL 60CMX60CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 118.317,00	$ -	
4,07	CIELORRASO PLANO EN DRYWALL 1/2	m²	0,00	0,00	0,00	$ 63.039,00	$ -	
5	**CONCRETO Y MORTEROS**							$ 919.097,00
5,02	PAÑETE MUROS 1:3	m²	51,00	0,00	0,00	$ 33.281,00	$ -	
5,04	PAÑETE MUROS 1:4	m²	29,00	29,00	29,00	$ 31.693,00	$ 919.097,00	
6	**CUBIERTAS**							$ 0,00
6,05	TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5	m²	12,00	0,00	0,00	$ 39.894,00	$ -	
6,08	TEJA TRASLÚCIDA ONDULADA	m²	10,00	0,00	0,00	$ 51.867,00	$ -	
6,16	ESTRUCTURA METÁLICA PARA TEJA DE FIBROCEMENTO	m	12,00	0,00	0,00	$ 56.991,00	$ -	
6,17	BAJANTE DE AGUAS LLUVIAS PVC 4"	m	10,00	0,00	0,00	$ 49.740,00	$ -	
6,20	CANAL EN LÁMINA CAL 22	m	4,00	0,00	0,00	$ 76.467,00	$ -	
6,21	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22	m	4,00	0,00	0,00	$ 38.721,00	$ -	
7	**ENCHAPE MUROS**							$ 0,00
7,03	RESANE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 17.327,00	$ -	
8	**ESTRUCTURAS EN CONCRETO**							$ 0,00
8,03	VIGACINTA DE AMARRE 12X20CM	m	0,00	0,00	0,00	$ 96.624,00	$ -	
10	**FACHADAS Y REVESTIMIENTOS**							$ 1.578.707,00
10,02	LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO	m²	120,00	50,00	50,00	$ 21.424,00	$ 1.071.200,00	
10,06	LAVADO DE FACHADA	m²	70,00	33,00	33,00	$ 15.379,00	$ 507.507,00	

11	**IMPERMEABILIZACION**							**$ 0,00**
11,03	IMPERMEABILIZACIÓN CON POLIUREA E=1,5MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 164.614,00	$ -	
12	**MAMPOSTERIA**							**$ 0,00**
12,06	MURO DIVISORIO BLOQUE LISO NO.5	m²	0,00	0,00	0,00	$ 79.169,00	$ -	
12,07	MURO DRYWALL DOBLE CARA E=10CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 87.947,00	$ -	
13	**PINTURAS**							**$ -**
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	914,0	0,00	0,00	$ 20.895,00	$ -	
13,11	VINILO TIPO 2 CIELORRASOS 2 MANOS	m²	80,00	0,00	0,00	$ 15.163,00	$ -	
14	**PISOS**							**$ 359.270,00**
14,05	PISO CERÁMICO ANTIDESLIZANTE	m²	5,00	5,00	5,00	$ 71.854,00	$ 359.270,00	
14,15	ALISTADO DE PISO 4CM IMPERMEABILIZADO	m²	0,00	0,00	0,00	$ 39.514,00	$ -	
14,19	MEDIA CAÑA EN GRAVILLA LAVADA E=10CM	m	0,00	0,00	0,00	$ 40.965,00	$ -	
15	**RED ELECTRICA**							**$ 2.559.810,00**
15,01	TUBERÍA EMT 1" DESCOLGADA	m	0,00	0,00	0,00	$ 52.448,00	$ -	
15,10	LUMINARIA LED 60X60CM PARA TECHO MODULAR	un	15,00	15,00	15,00	$ 170.654,00	$ 2.559.810,00	
15,11	LUMINARIA LED REDONDA 18W DE SOBREPONER/DESCOLGADA	un	1,00	0,00	0,00	$ 101.498,00	$ -	
15,14	INTERRUPTOR ENCHUFABLE 1X15A	un	0,00	0,00	0,00	$ 24.237,00	$ -	
15,27	SALIDA LUMINARIA EN TECHO EMT	un	0,00	0,00	0,00	$ 178.097,00	$ -	
15,37	SALIDA TOMA CORRIENTE BIFÁSICO EN MURO PVC	un	0,00	0,00	0,00	$ 106.280,00	$ -	
15,46	BALANCEO DE CARGAS TABLERO ELÉCTRICO	un	0,00	0,00	0,00	$ 163.749,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							**$ 0,00**
16,13	CAMBIO DE ARBOL Y FLOTADOR POR SISTEMA AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 129.681,00	$ -	
16,14	AHORRADOR EN TANQUE DE INODORO	un	0,00	0,00	0,00	$ 85.626,00	$ -	
16,15	CAMBIO KIT REPUESTO FLUXÓMETRO	un	0,00	0,00	0,00	$ 294.062,00	$ -	
16,16	CAMBIO LLAVE CON FILTRO AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 281.568,00	$ -	
16,22	LAVAPLATOS EN ACERO INOXIDABLE	un	0,00	0,00	0,00	$ 431.123,00	$ -	
16,24	MESON EN ACERO INOXIDABLE	un	0,00	0,00	0,00	$ 514.608,00	$ -	
16,25	MOTOBOMBA 2,0 HP	un	0,00	0,00	0,00	$ 877.035,00	$ -	
16,29	PRUEBA HIDROSTÁTICA	un	0,00	0,00	0,00	$ 545.762,00	$ -	
16,31	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MESON EN GRANITO MARMOL NEGRO SAN GABRIEL D=1,10M	m	0,00	0,00	0,00	$ 1.032.493,00	$ -	
16,32	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE GRIFERÍA PARA LAVAMANOS	un	0,00	0,00	0,00	$ 279.205,00	$ -	
16,33	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE DESAGUE PARA LAVAMANOS	un	0,00	0,00	0,00	$ 70.187,00	$ -	
17	**RED SANITARIA**							**$ 0,00**
17,05	BAJANTE AGUAS NEGRAS 4"	m	0,00	0,00	0,00	$ 53.332,00	$ -	
17,20	SONDEO Y LIMPIEZA RED SANITARIA	m	80,00	0,00	0,00	$ 27.888,00	$ -	
17,28	SANITARIO TIPO AHORRADOR	un	1,00	0,00	0,00	$ 416.061,00	$ -	
17,29	ORINAL TIPO GOTTA O SIMILAR, INCLEYE LLAVE DE PUSH Y DESAGUE.	un	0,00	0,00	0,00	$ 1.183.875,00	$ -	

19	**ASEO - SEÑALIZACIÓN**							**$ 2.772.725,00**
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	3,00	3,00	3,00	$ 433.045,00	$ 1.299.135,00	
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	0,00	0,00	0,00	$ 16.177,00	$ -	
19,04	PLACA DE SEÑALIZACIÓN 21X30CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 37.909,00	$ -	
19,05	PLACA DE SEÑALIZACIÓN BRAILE	un	0,00	0,00	0,00	$ 169.506,00	$ -	
19,07	SUMINISTRO DE PUNTO ECOLÓGICO	un	0,00	0,00	0,00	$ 517.020,00	$ -	
	ACTIVIDADES ADICIONALES							**$ 9.938.700,25**
11,02	MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUERZO POLIETILENO	m2	190,00	65,00	65,00	$ 54.428,00	$ 3.537.820,00	
4,05	CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm	m2	68,00	8,00	8,00	$ 95.050,00	$ 760.400,00	
4,08	MANTENIMIENTO DE CIELORRASO EN FIBRA MINERAL	m²	90,00	90,00	90,00	$ 29.284,00	$ 2.635.560,00	
10,05	PINTURA ACRÍLICA PARA EXTERIORES [2 MANOS]	m2	70,00	70,00	70,00	$ 17.448,00	$ 1.221.360,00	
13,01	ANTICORROSIVO SOBRE LÁMINA LINEAL	m	120,00	24,21	24,21	$ 14.522,00	$ 351.624,25	
13,06	ESMALTE SOBRE MARCOS LÁMINA	m	96,00	96,00	96,00	$ 14.916,00	$ 1.431.936,00	
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 19.585.670,25**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	**23%**					**$ 4.504.704,16**
	IMPREVISTOS	%	**1%**					**$ 195.856,70**
	UTILIDADES	%	**5%**					**$ 979.283,51**
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	**19%**					**$ 186.063,87**
								25.451.578,49
	VALOR TOTAL OBRA							
	MUEBLES (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 25.451.578,49**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL MUEBLES							**$ -**
	VALOR TOTAL ORIP							**$ 25.451.578,49**



3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENRALES

- A la fecha de corte del presente informe se cuenta con un avance ejecutado del 100% de las actividades, encontrándose así un 0% por encima de lo programado teniendo en cuenta el programado con un porcentaje del 100%. 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.

- 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 MELGAR-TOLIMA)

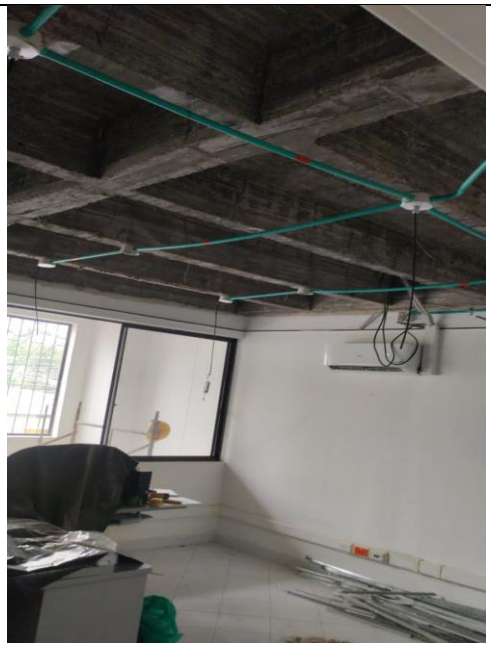


FOTO 1. DESMONTE DE CIELORRASO



FOTO 2. DESMONTE DE CIELORRASO

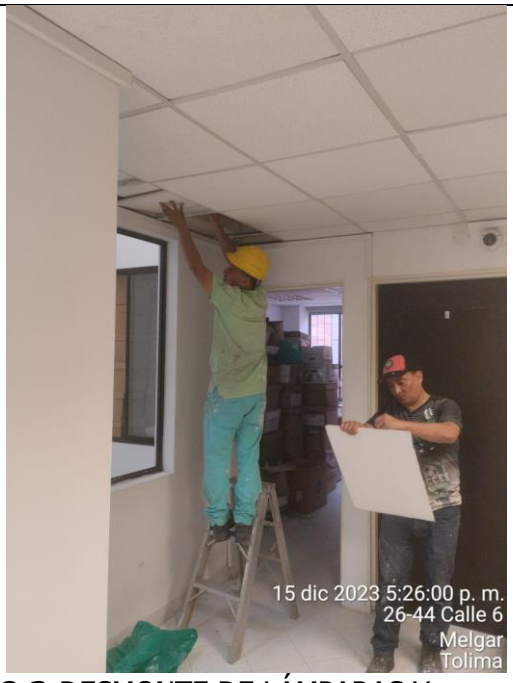


FOTO 3. DESMONTE DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS

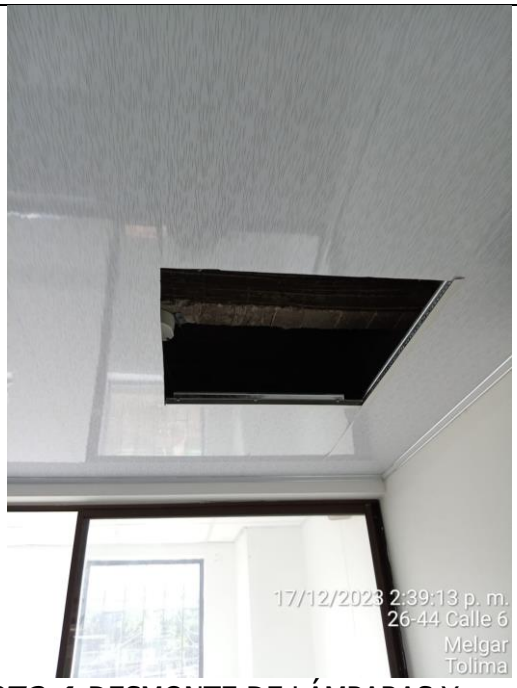


FOTO 4. DESMONTE DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS

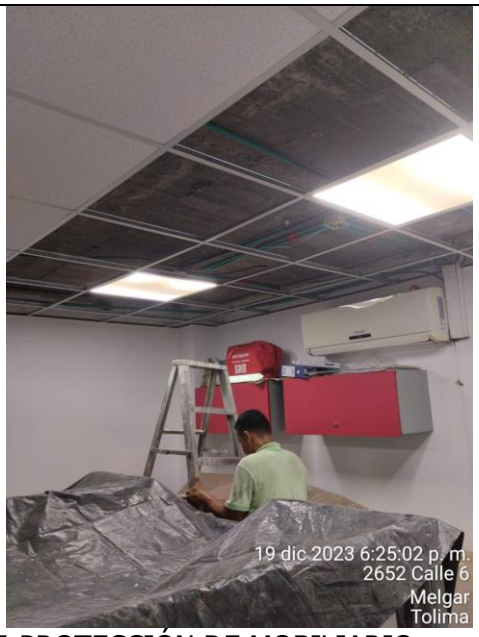


FOTO 5. PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA



FOTO 6. LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO

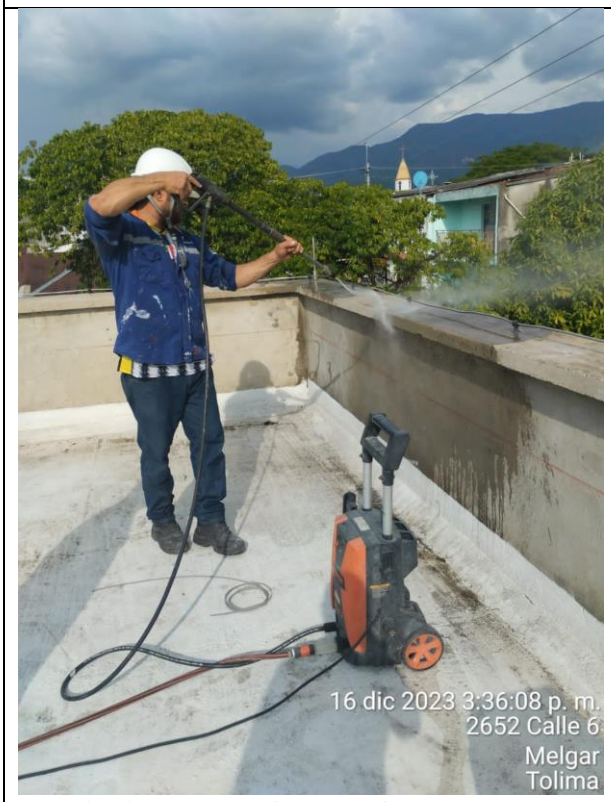


FOTO 7. LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO



FOTO 8. LAVADO DE FACHADA



FOTO 9. LAVADO DE FACHADA

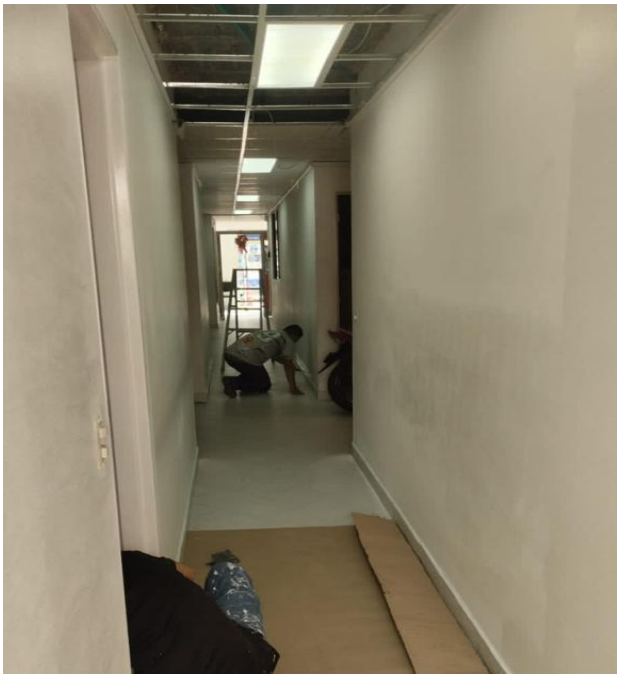


FOTO 10. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS

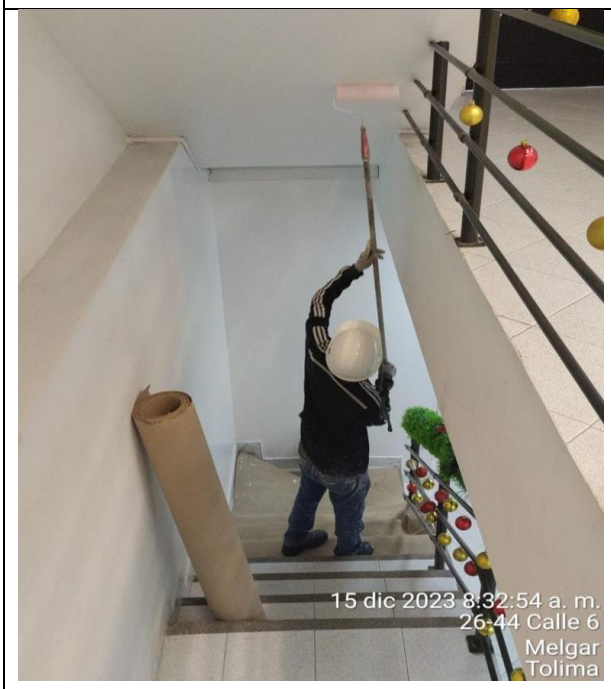


FOTO 11. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 12. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 13. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 14. VINILO TIPO 2 CIELORRASOS 2 MANOS



FOTO 15. VINILO TIPO 2 CIELORRASOS 2 MANOS



FOTO 16. SONDEO Y LIMPIEZA RED SANITARIA

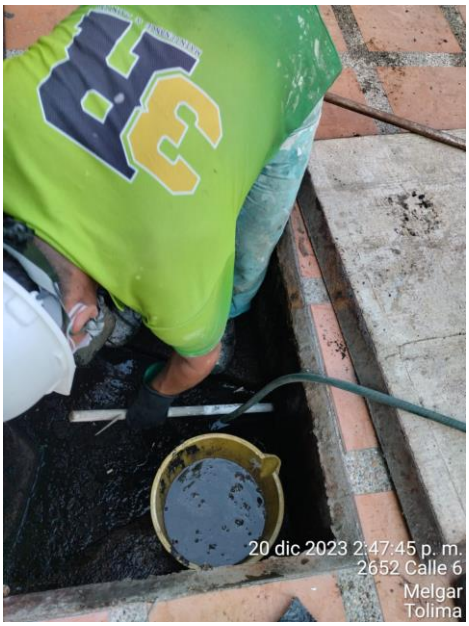


FOTO 17. SONDEO Y LIMPIEZA RED SANITARIA



FOTO 18. CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm



FOTO 19. CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm



FOTO 20. CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm

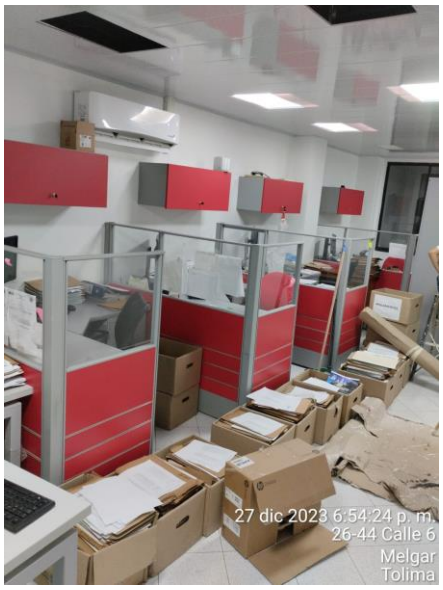


FOTO 21. CIELORRASO EN TABLILLA DE PVC 7 mm



FOTO 22. MANTENIMIENTO DE CIELORRASO EN FIBRA MINERAL



FOTO 23. MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUEZRO POLIETILENO



FOTO 24. MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUEZRO POLIETILENO



FOTO 25. MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUERZO POLIETILENO



FOTO 26. MONOCAPA MANTO 3,6MM ASFÁLTICO FOIL DE ALUMINIO REFUERZO POLIETILENO



FOTO 27. PAÑETE MUROS 1:4



FOTO 28. DESMONTE DE CUBIERTA



FOTO 29. DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)



FOTO 30. INSTALACIÓN DE LÁMPARAS Y LUMINARIAS



FOTO 31. PUERTA EN MADERA 51CM-75CM



FOTO 32. CERRADURA DE POMO PARA OFICINA



FOTO 33. LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO

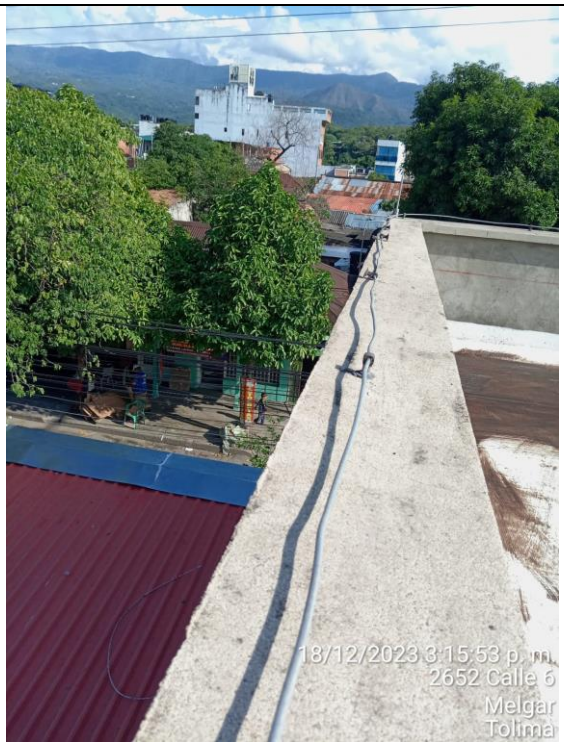


FOTO 34. LAVADO DE FACHADA E HIDRÓFUGO



FOTO 35. PISO CERÁMICO ANTIDESLIZANTE

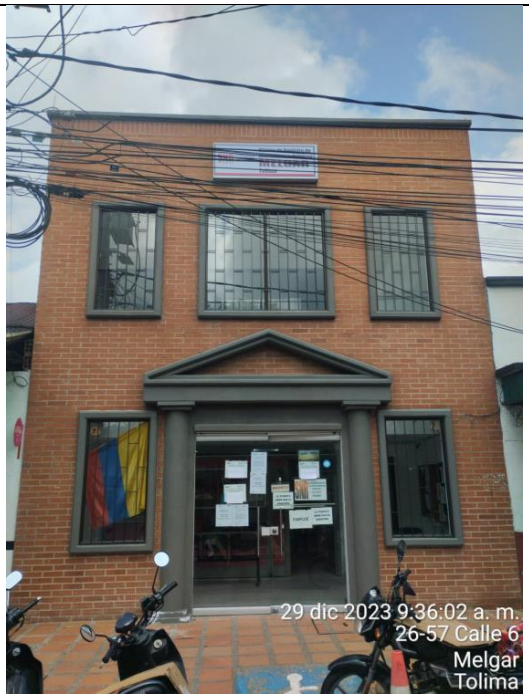


FOTO 36. AVISO ORIP 2,60X1,00X0,15

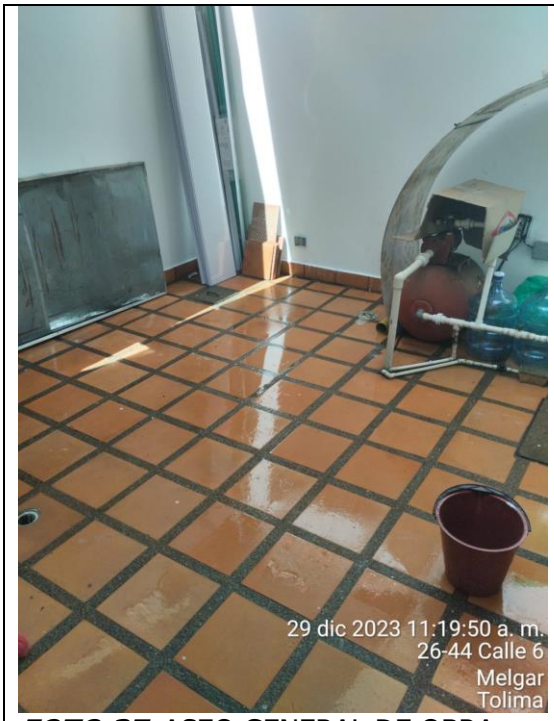


FOTO 37. ASEO GENERAL DE OBRA

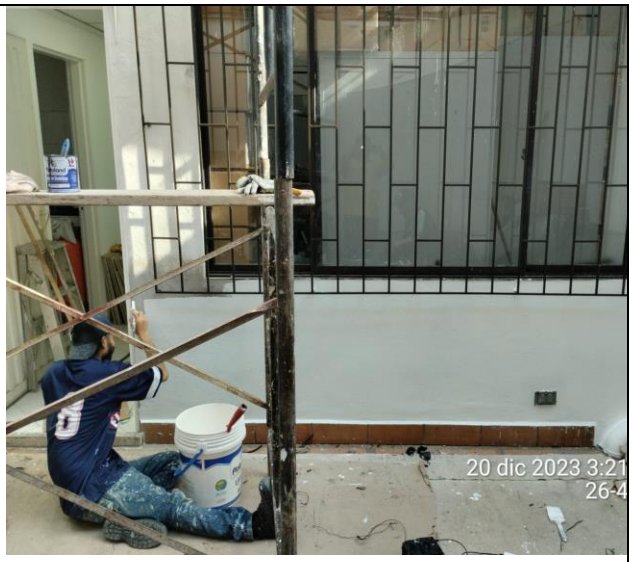


FOTO 38. PINTURA ACRÍLICA PARA EXTERIORES [2 MANOS]

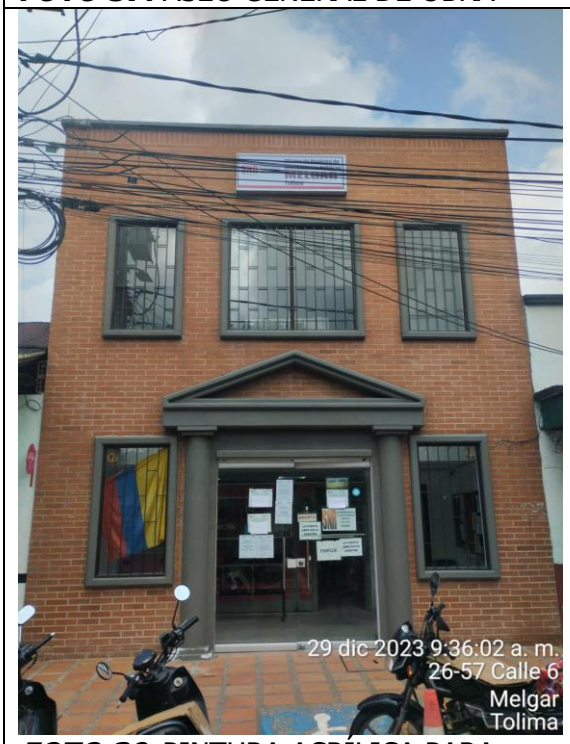


FOTO 39. PINTURA ACRÍLICA PARA EXTERIORES [2 MANOS]

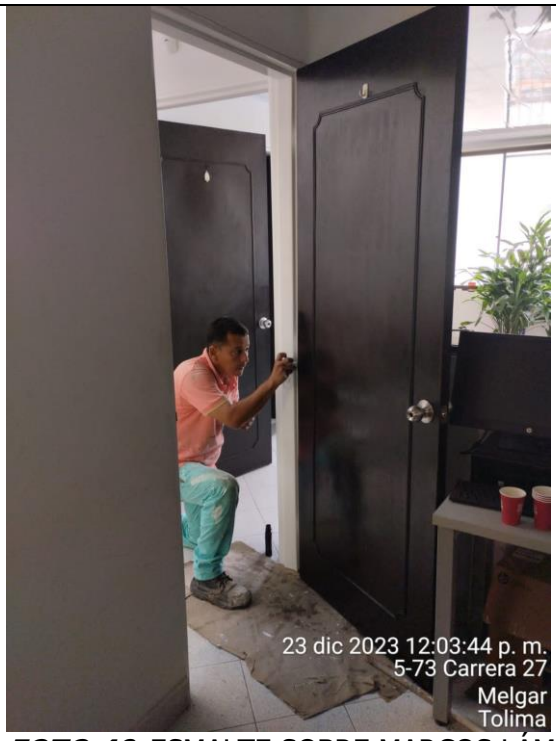


FOTO 40. ESMALTE SOBRE MARCOS LÁMINA



FOTO 41. ANTICORROSIVO SOBRE LÁMINA LINEAL

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

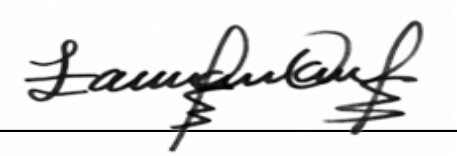
- Durante el periodo se socializando al personal de obra las medidas de SST implementadas por parte del CONSORCIO SEDE MARSAF, con el fin de promover y mantener comportamientos seguros durante la ejecución de las actividades diarias.

- 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:	MELGAR

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	JULIAN ANDRES GODOY RICO	14.253.235	OFICIAL	SI		MELGAR	FAMISANAR	SURA	PORVENIR	X			X		X	N/A	12/12/2023	
2	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	1.106.900.067	AYUDANTE	X		MELGAR	FAMISANAR	SURA	PORVENIR	X			X		X	N/A	12/12/2023	
3	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	80.725.306	AYUDANTE	X		MELGAR	FAMISANAR	SURA	PORVENIR	X			X		X	N/A	12/12/2023	
4	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	14.243.057	OFICIAL	X		MELGAR	FAMISANAR	SURA	PORVENIR	X			X		X	N/A	16/12/2023	

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/607
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

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



Nombre: JHON ALEXANDER GUASCA SANCHEZ
PESO: 72 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: FAMISANAR

Identificación: 14.253057
Edad: 45 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

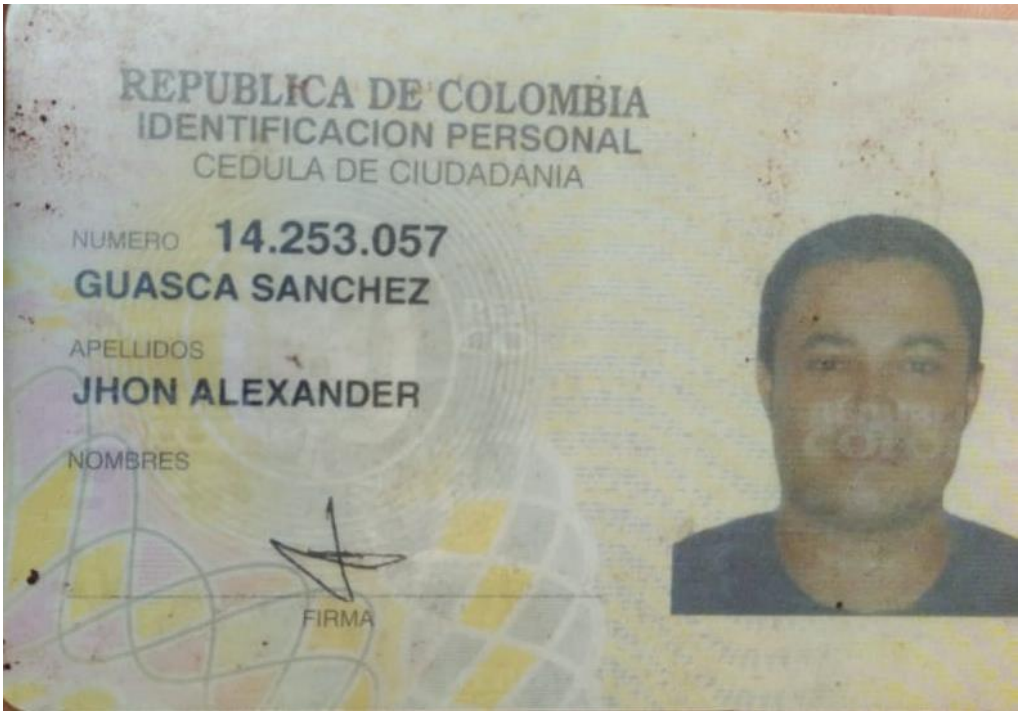
RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

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 **14.253.057**

GUASCA SANCHEZ

APELLIDOS

JHON ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1978**

MELGAR
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

29-MAY-1997 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2907900-00203376-M-0014253057-20091215 00190 68050A 1 32161955

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010642585

9010642585

No. de Radicación: 27149155

Fecha de Radicación: 11 12 2023

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
GUASCA	SANCHEZ	JHON	ALEXANDER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	14253057	Femenino ☐ Masculino X	23 10 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ Condición ☐			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000				
		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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
01					D D M M A A A A		
02					D D M M A A A A		
03					D D M M A A A A		
04					D D M M A A A A		
05					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	S	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
R		
S		
G		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	

39. Ubicación				
CL 26 B 17 04	3212145252		ARAUCA	ARAUCA
Dirección		Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
				11 12 2023	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

IX. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia	55. Firma del representante legal de la empresa o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Jhon Guasca	Jose Oros

X. ANEXOS

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

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2022

Medellín, 11 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C14253057	GUASCA SANCHEZ JHON ALEXANDER	12/12/2023		44205Wt1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2023 15:48:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.148, 192.230.104.7, 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:

JHON ALEXANDER GUASCA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.253.057**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintregro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 14253057
Lugar y fecha de expedición: 29/05/1997 MELGAR
Sexo: M X | F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: GUASCA
Segundo apellido: SANCHEZ
Nombres: JHON ALEXANDER
Fecha de Nacimiento: 1997 AÑO | 05 MM | 29 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: CLL 26 B # 17 - 04
BARRIO:
Correo Electrónico:

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

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO | 12 MM | 12 DD		OBRERO	1.160.000

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 al 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 ☐ Victima 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 ☐ Indigena 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: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Teléfono: 3212145252
NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO | MM | DD
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, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, JHON ALEXANDER GUASCA SANCHEZ, Identificado con cédula de ciudadanía No. 14253057 expedida en MELGAR, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, 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.

Jhon Guasca
Firma

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

Jhon Guasca
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

Familiarmente nuestra ComfaCasanare Caja de Compensación Familiar de Casanare

12 DIC 2023
Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos
RECIBIDO DE AFILIACIONES

La información de este formato está sujeta a verificacion

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 no 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

N2023/627
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

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

Nombre: JULIAN ANDRES GODOY RICO
PESO: 68 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: FAMISANAR

Identificación: 14.253.235
Edad: 45 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 Liseft 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

Calle 27 sur N° 22 a 78 *Barrio Olaya* Tel: 3118734434
www.mediprosaludocupacional.com – mediprocupacional@gmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.253.235

GODOY RICO
APELLIDOS

JULIAN ANDRES
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1978
MELGAR
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

04-FEB-1998 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2907900-00826035-M-0014253235-20160514 0049760561A 1 45459539

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010642594

9010642594

No. de Radicación: 27149167

Fecha de Radicación: 11 12 2023

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres							
GODOY	RICO	JULIAN	ANDRES				
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino ☐ Masculino X	10. Fecha de nacimiento				
CC	14253235		28	12	1978		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de pensiones - ARL	16. Administradora de pensiones
				POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000			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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
B		
S		
D		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	

39. Ubicación				
CL 26 B 17 04	3212145252		ARAUCA	ARAUCA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
				11 12 2023	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o responsable del pago	55. Firma del representante legal o autorizado de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Julian Godoy,	Jorcaos.

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del Funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

Versión 1 - Diciembre de 2022

Medellín, 11 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C14253235	GODOY RICO JUILIAN ANDRES	12/12/2023		200s2262	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2023 15:18:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.148, 192.230.104.7, 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:

JULIAN ANDRES GODOY RICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.253.235**, se encuentraafiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: (C.C.) T.I. C.E. R.C. — 14253235
Lugar y fecha de expedición: 04/02/1998 MELGAR
Sexo: M X F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: GODOY
Segundo apellido: RICO
Nombres: JULIAN ANDRES
Fecha de Nacimiento: 1978 AÑO 12 MM 28 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: CLL 26 B # 17 - 04
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 MM 12 DD		OBRERO	1.160.000

Tipo de contrato: INDEFINIDO — Administran 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 ☐ Damificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres rabonas 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: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Teléfono: 3212145252
NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Anote: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Anote: 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, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, JULIAN ANDRES GODOY RICO, identificado con cédula de ciudadanía No. 14253235 expedida en MELGAR 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.

Julian Godoy
Firma

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

Julian Godoy
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

Familiarmente nuestra ComfaCasanare

1 2 DIC 2023
RECIBIDO DE AFILIACIONES
Comfacasanare
Tesorería 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 no 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

N2023/620
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

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

Nombre: KEVIN SANTIAGO GUASCA V
PESO: 51 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: FAMISANAR

Identificación: 1.106.900.067
Edad: 25 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

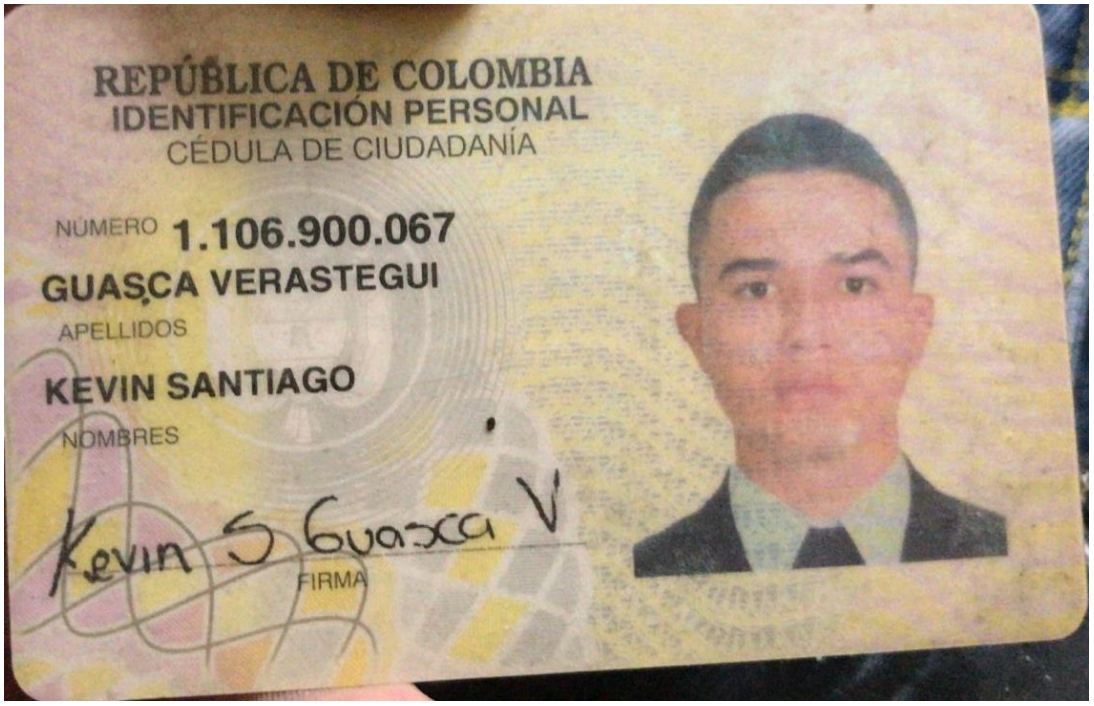
RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

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 Liseft 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
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.106.900.067
GUASCA VERASTEGUI
APELLIDOS
KEVIN SANTIAGO
NOMBRES

Kevin S Guasca V
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1998
MELGAR
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

09-MAR-2016 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2907900-00893059-M-1106900067-20170330 0054714022A 1 47523480

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010642608

9010642608

No. de Radicación: 27149185

Fecha de Radicación: 11 12 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

5. Apellidos y nombres			
GUASCA	VERASTEGUI	KEVIN	SANTIAGO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1106900067	Femenino ☐ Masculino X	20 02 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ Condición ☐			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Ciudad y departamento	Municipio / Distrito	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
01					D D M M A A A A		
02					D D M M A A A A		
03					D D M M A A A A		
04					D D M M A A A A		
05					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
B		
S		
S		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Departamento	Municipio / Distrito
CL 26 B 17 04	3212145252		ARAUCA	ARAUCA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 11 12 2023
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de Aportantes: consciencia de los beneficiarios o afiliados adicionales. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐
48. Declaración de peligrosidad de labores de mayor o alto riesgo que impiden la entrega de los documentos que acreditan la conducta de cotizaciones. ☐
49. Declaración de no inscripción de cónyuge, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. ☐
52. Autorización para que la EPS consulte los datos personales de contacto o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto. ☐

IX. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia, cónyuge	55. Firma del cotizante, cabeza de familia o persona responsable de la afiliación colectiva, adicional o de oficio
Kevin Guasca.	Jose Oros

X. ANEXOS

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

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2014

Medellín, 11 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C1106900067	GUASCA VERASTEGUI KEVIN SANTIAGO	12/12/2023		59415324	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2023 15:36:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.148, 192.230.104.7, 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:

KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.900.067**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
Inscripción del trabajador ☐ Modificación ☐
Traslado ☐
Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CERTIFICADA

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 1106900067
Lugar y fecha de expedición: 09/03/2016 MELGAR
Sexo: M X F ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: GUASCAS
Segundo apellido: VERASTEGUI
Nombres: KEVIN SANTIAGO
Fecha de Nacimiento: 1998 AÑO 02 MM 20 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: CLL 26 B # 17 - 04
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 MM 12 DD
Horas labor mes:
CARGO: OBRERO
SUELDO BÁSICO: 1.160.000
Tipo de contrato: INDEFINIDO — 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 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 ☐ — Rrom /Gitano ☐ — No aplica ■

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Teléfono: 3212145252
NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
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 KEVIN SANTIAGO GUASCAS VERASTEGUI, identificado con cédula de ciudadanía No. 1106900067 expedida en MELGAR, 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.

Kevin Guascas
Firma

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

Kevin Guascas
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

Comfacasanare
1 2 DIC 2023
Jefatura de Aportes y Pagos
RECIBIDO DE AFILIACIONES

La información de este formato está sujeta a verificación

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 no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

Vigilado Supersubsidio

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/618
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

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



Nombre: WILSON ANDRES JARA ALVARADO
PESO: 87 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: FAMISANAR

Identificación: 80.725306
Edad: 41 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

Calle 27 sur N° 22 a 78 *Barrio Olaya* Tel: 3118734434
www.mediprosaludocupacional.com – mediprocupacional@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

80725306

NUMERO

JARA ALVARADO

APELLIDOS

WILSON ANDRES

NOMBRES

Wilson A. Jara

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1982

MELGAR

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

18-AGO-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

IVAN DUQUE ESCOBAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010642604

9010642604

No. de Radicación: 27149181

Fecha de Radicación: 11 12 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a asignar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual: - Cotizante o cabeza de Familia X B. Colectivo ☐	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente X	
B. Reporte de Novedades X	- Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	B. Subsidiado ☐	B. Cabeza de familia ☐	B. Independiente ☐	
	D. Oficioso ☐		C. Beneficiario ☐	C. Pensionado ☐	

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

5. Apellidos y nombres				
	JARA	ALVARADO	WILSON	ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80725306	Femenino ☐ Masculino X	29 04 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ Condición ☐			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	Dirección	Teléfono No.	Código Municipio	
Código Departamento	Municipio / Distrito	Zona Urbano ☐ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
01					D D M M A A A A		
02					D D M M A A A A		
03					D D M M A A A A		
04					D D M M A A A A		
05					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Territorio Tipo y/o nombre	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
B		
D		
S		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	CC	1026275607	

39. Ubicación				
CL 26 B 17 04	3212145252	Dirección	ARAUCA	ARAUCA
		Teléfono	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
			D D M M A A A A	11 12 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de Aportes para el cumplimiento de los beneficiarios o afiliados adicionales ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐
48. Declaración de residencia de la(los) menor(es) cuyo(s) nombre(s) aparecen en los documentos que acreditan la condición de beneficiarios ☐
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐
50. Autorizado para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de historias clínicas del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se generará de la ejecución del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran ☐
52. Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mecanismo de alerta ☐

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia	55. Firma del representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Wilson Jara	Jose Oros.

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

Cambio Empleo

INTERNET

Medellín, 11 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C80725306	JARA ALVARADO WILSON ANDRES	12/12/2023		20042022	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2023 15:20:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.148, 192.230.104.7, 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:

WILSON ANDRES JARA ALVARADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.725.306**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador(a) ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro AÑO MM DD

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [X] C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. — 80725306
Lugar y fecha de expedición: 18/08/2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
Sexo: M [X] F ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: JARA
Segundo apellido: ALVARADO
Nombres: WILSON ANDRES
Fecha de Nacimiento: 1982 AÑO 04 MM 29 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: CLL 26 B # 17 - 04
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 MM 12 DD		OBRERO	1.160.000

Tipo de contrato: INDEFINIDO — Administrar Recursos Públicos: [N] NO — Servidor Público: [S] NO — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: [S] 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 ☐ Previdencia 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.	Dependencia
1026275607-6	CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Nulos: 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, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo WILSON ANDRES JARA ALVARADO, identificado con cedula de ciudadanía No. 80725306 expedida en SANTAFE DE BOGOTA DC 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.

Wilson Jara
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	RECIBIDO DE AFILIACIONES	Comfacasanare Tesorería de Aportes y Pagos
Wilson Jara	Jose O	1 2 DIC 2023	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 no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

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: _____

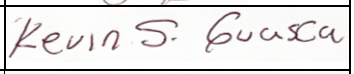
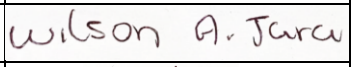
Inspector SST:_____Firma _____

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	FIRMA
12/12/2023	JULIAN ANDRES GODOY RICO	OFICIAL	14253235	
12/12/2023	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	AYUDANTE	1106900067	
12/12/2023	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	AYUDANTE	80725306	
12/12/2023	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	OFICIAL	14243057	

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:	27/12/2023
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 expuesto 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	JULIAN ANDRES GODOY RICO	14.253.235	OFICIAL	
2	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	1.106.900.067	AYUDANTE	
3	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	80.725.306	AYUDANTE	
4	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	14.243.057	OFICIAL	
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: 19/12/2023

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: 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	JULIAN ANDRES GODOY RICO	14.253.235	OFICIAL	
2	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	1.106.900.067	AYUDANTE	
3	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	80.725.306	AYUDANTE	
4	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	14.243.057	OFICIAL	
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 MELGAR	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 respiratorio 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	JULIAN ANDRES GODOY RICO	14.253.235	OFICIAL	X			X	X		X	X	X	X			X			X	X	
12/12/2023	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	1.106.900.067	AYUDANTE	X			X	X		X	X	X	X			X			X	X	Kevin S. Guasca
12/12/2023	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	80.725.306	AYUDANTE	X			X	X		X	X	X	X			X			X	X	Wilson A. Jara
12/12/2023	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	14.243.057	OFICIAL	X			X	X		X	X	X	X			X			X	X	
18/12/2023	JULIAN ANDRES GODOY RICO	14.253.235	OFICIAL	X							X										
18/12/2023	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	1.106.900.067	AYUDANTE	X							X										Kevin S. Guasca
18/12/2023	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	80.725.306	AYUDANTE	X							X										Wilson A. Jara
18/12/2023	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	14.243.057	OFICIAL	X							X										
26/12/20213	JULIAN ANDRES GODOY RICO	14.253.235	OFICIAL	X							X										
26/12/20213	KEVIN SANTIAGO GUASCA VERASTEGUI	1.106.900.067	AYUDANTE	X							X										Kevin S. Guasca
26/12/20213	WILSON ANDRES JARA ALVARADO	80.725.306	AYUDANTE	X							X										Wilson A. Jara
26/12/20213	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ	14.243.057	OFICIAL	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: JULIAN ANDRES GODOY RICO

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

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:**	MELGAR
AREA:	FRENTE DE OBRA	**DIRECCION:**	
QUIEN INSPECCIONA:	JULIAN ANDRES GODOY RICO	**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															
CARGO	OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		

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	JULIAN ANDRES GODOY RICO
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:** JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ					
NOMBRE DEL OPERADOR	**JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ**					**CARGO:** **OFICIAL**					

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**	JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ			LUIS RAUL MONTEVERDE			LUIS RAUL MONTEVERDE			LUIS RAUL MONTEVERDE			LUIS RAUL MONTEVERDE			LUIS RAUL MONTEVERDE						
	Firma																						
Quien inspecciona SST	**Nombre**																						
	Firma																						
V°B° SST	**Nombre**	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															
CARGO			OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL				

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	JULIAN ANDRES GODOY RICO
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**	26	**AL**	30	**DE**	dic-23
AREA DE TRABAJO	**FRENTE DE OBRA**	**MARCA**	**Bosch**	**MODELO**		**NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ**					
NOMBRE DEL OPERADOR	**JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ**					**CARGO:** OFICIAL					

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**				JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ			JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ			JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ			JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ			JHON ALEXANDER GUASCAS SANCHEZ						
	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