CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

EMPLEADOR	
NOMBRE EMPLEADOR	CONSORCIO VÍAS 2023
DOMICILIO EMPLEADOR	CALLE 15 No 13-56 OFICINA 501 502
NIT	901.722.635 - 3
TRABAJADOR	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA	C.C. 9.863.098 de Tocancipa
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PEREIRA, 21 DE NOVIEMBRE DE 1985
CARGO U OFICIO PARA DESEMPEÑAR	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO	$1.300.000 + $162.000 AUXILIO DE TRANSPORTE.
PERIODO DE PAGO	MENSUAL
FECHA DE INICIO DE LABORES	09 DE FEBRERO DE 2024
TELÉFONO DE CONTACTO	3113236035
CORREO ELECTRÓNICO	comcelo06@gmail.com

JORGE ENRIQUE PINTO RIAÑO, identificado con cédula de ciudadanía 7.228.649 de Duitama, quien obra en nombre y representación del CONSORCIO VÍAS 2023 con NIT 901.722.635-3, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR,** de una parte, y de la otra JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ, con número de cédula 9.863.098 de Tocancipa domiciliado en Tocancipa, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL TRABAJADOR**, han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo el cual se regirá por las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA: **El EMPLEADOR** contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** como **AYUDANTE DE OBRA** para el proyecto MANTENIMIENTO DE LA VÍA QUE CONDUCE DESDE EL SECTOR DE LA PLAZUELA HASTA LA ENTRADA AL EMBALSE DEL NEUSA MUNICIPIO DE COGUA, DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA y este se obliga a:

Powered by CamScanner

- Poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el **EMPLEADOR** directamente o a través de sus representantes.
- Prestar sus servicios en forma **EXCLUSIVA** al **EMPLEADOR**; es decir, a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros **EMPLEADORES**, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato.
- Guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para el desarrollo de sus funciones.
- Cumplir con los, protocolos, procedimientos, manuales o guías establecidos por EL EMPLEADOR.

PARÁGRAFO: en caso de requerirse por parte EL EMPLEADOR la asesoría técnica para algún otro proyecto que se encuentre en ejecución dentro del Grupo Empresarial, EL TRABAJADOR podrá desarrollar el apoyo conforme a sus conocimientos y al alcance que se tiene de acuerdo con las funciones designadas dentro del presente contrato.

SEGUNDA. EJECUCIÓN DEL CONTRATO. Para una adecuada ejecución del presente contrato y conforme al plan y los requerimientos señalados por EL EMPLEADOR, EL TRABAJADOR deberá realizar:

ACTIVIDADES PRINCIPALES

1. Realizar las operaciones auxiliares y/o complementarias de otros oficios o servicios, que se necesitan habitualmente para ejecutar las actividades de su trabajo.
2. Contribuir con su desempeño diario con la satisfacción de los clientes de la compañía.
3. Contribuir con su desempeño al cumplimiento de los objetivos y metas de la empresa.
4. Colaborar en el cargue y descargue de materiales, herramientas y equipos.

Powered by CamScanner

5. Ejecutar todas aquellas actividades que, sin ser inherentes, conexas o derivadas de la ejecución de las funciones propias del cargo, sean asignadas de manera temporal o en forma transitoria por el jefe inmediato o superior jerárquico de la empresa; con el fin de cumplir con el objeto y metas generales de las empresas aliadas.
6. Contribuir con su desempeño al cumplimiento de los objetivos
7. Colaborar en la realización del procedimiento de trabajo mediante el aseguramiento del cumplimiento de estos.
8. Asistir a inducciones, capacitaciones, charlas y demás programas por la empresa.
9. Verificar que se cumplan las normas de Seguridad Vial, Calidad, seguridad industrial, salud ocupacional y medio ambiente impartidas para la obra.
10. Fomentar el orden y la limpieza en los lugares de trabajo.
11. Asegurar el cumplimiento del Sistema de Gestión Integral en su área.
12. Apoyar la organización y gestión documental en los proyectos que asiste.
13. Verificar el cumplimiento en la elaboración y entrega de registros a su cargo.
14. Las demás funciones asignadas inherentes a su cargo.

ASPECTOS DE SGI ESPECÍFICOS

- Cumplir con las políticas de la empresa
- Participar para dar cumplimiento de las normas de seguridad y salud ocupacional, medio ambiente dando ejemplo con la práctica de estas.
- Participar activamente en el desarrollo del programa de SGI de la empresa.
- Conocer los riesgos del trabajo a su cargo.
- Comunicar e informar riesgos en su trabajo y en las operaciones a su cargo.
- Asistir a las reuniones a que sean convocados por el Coordinador de SGI.
- Garantizar la asistencia del personal a su cargo a las actividades de SGI.
- Informar al Coordinador de SGI cualquier cambio que pueda afectar el Sistema de Gestión integral
- Aplicar la documentación del Sistema de Gestión integral relacionada con su cargo.
- Proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión integral, así como la mejora continua y su eficacia.
- Contribuir al logro de la Política y los Objetivos de SGI de la empresa.
- Asistir y participar de las actividades de capacitación y entrenamiento programadas.

Powered by CamScanner

TERCERA: **El TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el **EMPLEADOR.**

CUARTA: De acuerdo con las condiciones generales ya indicadas en el presente contrato, el período de prueba será la quinta parte del término que dure el presente contrato, sin que exceda de dos meses. Durante este periodo tanto el EMPLEADOR como el TRABAJADOR podrán terminar el contrato en cualquier momento, en forma unilateral, sin que por este hecho se cause el pago de indemnización alguna.

QUINTA: Son justas causas para dar por terminado unilateral mente este contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en los Artículos 62 y 63 del C.S.T, modificados por el Artículo 7o del Decreto 2351/65 y además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que contengan reglamentaciones, órdenes, instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, reglamento interno del trabajo ,reglamento de higiene y seguridad industrial, políticas y procedimientos, manuales y demás guías establecidas por la empresa que expresamente convengan calificar así en escritos que formarán parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato.

SEXTA – INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: El término "información confidencial" significa: cualquier información oral, escrita, material o inmaterial relacionada con los productos y con los servicios inherentes a las actividades de EL EMPLEADOR, en especial la información concerniente a métodos o procedimientos de operación, o en general aquella información que se crucen entre las partes. EL TRABAJADOR se compromete a guardar absoluta reserva de la información confidencial de EL EMPLEADOR durante y después de la finalización del presente contrato, so pena de incurrir en las acciones legales consagradas para la protección de esta clase de información, y por lo tanto no empleará dicha información para beneficio propio o el de terceros, en forma directa o indirecta y guardará absoluta reserva al respecto, no divulgándola, entregándola, copiándola, total o parcialmente a persona alguna o en general, desarrollando actos que puedan afectar a EL EMPLEADOR y que impliquen la disposición de la información confidencial en forma parcial o total sin el consentimiento previo y escrito de EL EMPLEADOR. De igual manera se obliga a

Powered by CamScanner

protegerla con el mismo grado de cuidado que tendrían para cuidar su información confidencial, pero en ningún caso, un grado menor al de un cuidado razonable, tomando todas las medidas necesarias para prevenir y evitar cualquier divulgación o uso no autorizado de la información confidencial recibida.

Las obligaciones de confidencialidad que la partes contraen por medio de este contrato sobrevivirán la terminación del mismo. Por lo tanto, con la terminación EL TRABAJADOR cesará en el uso de la información confidencial y se obliga a devolverla a EL EMPLEADOR dentro del día siguiente a la terminación del presente contrato o a solicitud de EL EMPLEADOR, a destruirla en forma tangible, junto con todas las copias que se encuentre en su posesión o bajo su control. En caso de existir duda en cuanto si alguna información es información confidencial, ésta deberá ser tratada como tal, y, por ende, estará sujeta a los términos del presente contrato. Es claro para todas las partes que la divulgación o uso no autorizado de la información confidencial recibida de la otra parte causará daños irreparables y perjuicios significativos a la parte que la facilitó. En consecuencia, el incumplimiento de estas obligaciones hará responsable a EL TRABAJADOR, por los perjuicios que se cause, directa o indirectamente a EL EMPLEADOR, más las costas y gastos, incluyendo, sin limitarse a todos los gastos de transporte, alojamiento, legales y de honorarios de abogado que conlleve obtener esta compensación, sin que ello impida la iniciación de las acciones legales correspondientes, previstas en los artículos 258 y 308 del código penal colombiano.

SÉPTIMA: Las invenciones o descubrimientos realizados por el TRABAJADOR en uso o razón de su labor pertenecen al EMPLEADOR, de conformidad con el Artículo 539 del Código de Comercio, así como en los artículos 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor.

OCTAVA: Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por el TRABAJADOR en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen al EMPLEADOR. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra, de acuerdo con la Ley 23 de 1982 y la Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo.

NOVENA: El TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el EMPLEADOR en

Powered by CamScanner

ejercicio de su poder subordinante, tales como los turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos, ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él.

DÉCIMA: El TRABAJADOR para todos sus efectos legales y en especial para la aplicación del parágrafo 1 del Artículo 29 de la Ley 789/02, norma que modificó el Artículo 65 del C.S.T, se compromete a informar por escrito y de manera inmediata al EMPLEADOR cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DECIMA PRIMERA: Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la Ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el C.S.T cuyo objeto, definido en su artículo 1o es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES Y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

DECIMA SEGUNDA: El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquier otro contrato, verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato.

DECIMA TERCERA: Las partes acuerdan que los equipos, herramientas y material asignado por EL EMPLEADOR, son responsabilidad del TRABAJADOR tanto en el manejo como en la pérdida, situación que es conocida y aceptada por EL TRABAJADOR quien autoriza a la empresa a descontar mediante una respectiva orden suscrita los valores generados con ocasión de su daño o pérdida.

DECIMA CUARTA: Las partes acuerdan lo siguiente: EL TRABAJADOR se compromete a realizar el trabajo conforme a los requerimientos solicitados por EL EMPLEADOR cumpliendo a cabalidad y de la mejor manera posible con sus obligaciones, en caso de que, por conductas irregulares imputables a EL TRABAJADOR, EL TRABAJADOR solicite el reemplazo de este. EL EMPLEADOR podrá dar por terminado el contrato laboral por justa causa sin que haya lugar al pago de la indemnización, previa la realización del respectivo proceso disciplinario.

Powered by CamScanner

DECIMA QUINTA: La duración del presente contrato se celebra por el "MANTENIMIENTO DE LA VÍA QUE CONDUCE DESDE EL SECTOR DE LA PLAZUELA HASTA LA ENTRADA AL EMBALSE DEL NEUSA MUNICIPIO DE COGUA, DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA". Teniendo en cuenta las actividades relacionadas al presente contrato, estará vigente durante el tiempo necesario para ejecutar el 100% correspondiente al cronograma de ejecución de obra. Por tal razón, en caso de terminarse el contrato antes descrito por cualquier causa, o por cumplirse el porcentaje de ejecución antes descrito igualmente se terminará el contrato laboral. Así mismo, las partes acuerdan que en caso de que el "MANTENIMIENTO DE LA VÍA QUE CONDUCE DESDE EL SECTOR DE LA PLAZUELA HASTA LA ENTRADA AL EMBALSE DEL NEUSA MUNICIPIO DE COGUA, DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA" se haya terminado parcialmente y dicha terminación parcial afecte el área en la cual está asignado el trabajador, el presente contrato se podrá dar por terminado por justa causa sin que haya lugar al pago de la indemnización. De conformidad con el artículo 45 del C.S.T.

Para Constancia se firma en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor el día nueve (09) del mes de febrero del año 2024 en el municipio de Cogua-Cundinamarca.

EL EMPLEADOR	EL TRABAJADOR
JORGE ENRIQUE PINTO RIAÑO **REPRESENTANTE LEGAL** **CONSORCIO VÍAS 2023**	**JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ** **AYUDANTE DE OBRA** **C.C. 9.863.098 de Tocancipa**

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL – INGRESO

PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

MEDICENTER
NIT.41695865-5

TIPO DE CERTIFICACION	INGRESO X	PERIODICO	RETIRO	POST INCAPACIDAD	OCUPACIONAL
	CONTROL	REUBICACION	INGRESO SVE	TRABAJO EN ALTURAS	

DATOS DEL PACIENTE							
FECHA:	07/02/2024	ARL	SURA				
NOMBRE:	JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ			DOCUMENTO IDENTIDAD:		9.863.098	
EDAD:	38	PESO:	77Kg	R.H.	A+	SEXO:	M
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA			EMPRESA:	CONSORCIO VIAS 2023 NIT 901722635-3		

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS		
EXAMEN DE APTITUD DE TRABAJO EN ALTURAS	OXIMETRIA : NORMAL 02 AMBIENTE	TRIGLICERIDOS: NORMAL
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA : NORMAL	COLESTEROL: NORMAL	EXPIROMETRIA: NORMAL
AUDIOMETRIA: NORMAL	OPTOMETRIA: NORMAL	OSTEOMUSCULAR: NORMAL

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO SIN LIMITACIONES		
RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
REUBICACION LABORAL TEMPORAL		
REUBICACION LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
ENFERMEDAD PROFESIONAL		
ACCIDENTES DE TRABAJO		
ENFERMEDAD COMUN		

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X	
APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	X	
APTO PARA REQUERIMIENTO AL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	X	
APLAZADO		
APTO CON RESTRIGCION		
APTO		
NO APTO		
CONCEPTO :	APTO PARA EL CARGO. SIN NINGUNA RESTRICCION	

RECOMENDACIONES	
CONTROL EPS	SI
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	SI
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	SI

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES, PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

Irina Ortiz Herrera
MÉDICO OCUPACIONAL
REG. 21967
LIC. 275

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

CC No. 9.863.098

HUELLA

CALLE 80. 72-85 TELEFONO: 3228034642
ipsmedicenter@gmail.com

Powered by CamScanner

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VIAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DES GESIÓN DE CALIDAD	Código: GT-FOR-20
	PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO	Versión: 04
	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Fecha: 20/04/2022

Proyecto:	ICCU-826-2023	**Consecutivo:**	
Fecha de la inducción:	09/02/2024	**Fecha de Ingreso:**	09/02/2024
Nombre del Trabajador:	Jose Mauricio Arias	**N° de cédula:**	9.863.098
Cargo a desempeñar:	Ayudante de Obra	**Jefe inmediato:**	Yeison Andres Vega
Responsable de Inducción / Reinducción	Natalia Ramirez	**Cargo:**	Profesional SST

INDUCCIÓN (X) **REINDUCCIÓN ( )**

NUEVO X **VACACIONES**____ **CAMBIO DE LABOR**____ **POSINCAPACIDAD**____ **CAMBIO CENTRO COSTO**____ **REINTEGRO** ____

A continuación se enunciaran los temas tratados durante la Inducción ó Reinducción:

ITEM	TEMATICA	SI	NO
1	Generalidades de la empresa	✓	
2	Aspectos generales y legales del SGI	✓	
3	Políticas y objetivos del SGI	✓	
4	Organigrama	✓	
5	Reglamento de Higiene, Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	
6	Reglamento Interno de Trabajo	✓	
7	Peligros en SST y sus controles (Matriz de Peligros, factores de riesgo del puesto de trabajo)	✓	
8	Matriz de Comunicación	✓	
9	COPASST / Vigía	✓	
10	Comité de Convivencia Laboral	✓	
11	Plan de Emergencias	✓	
12	Derechos y deberes dentro del sistema general de riesgos laborales	✓	
13	Procedimientos de seguridad, entre otros.		
14	Otros		

Nota obtenida en la Evaluación	9/9

OBSERVACIONES

SE REALIZA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

MANIFIESTO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LOS TEMAS TRATADOS EN ESTA INDUCCIÓN /O REINDUCCIÓN Y ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,RESPONSABILIDADES A MI; ASIGNADAS BAJO LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL. EN CONSTANCIA FIRMO:

Firma Trabajador:	Firma del Jefe Inmediato:	Firma del responsable de la inducción / reinducción
		Natalia Ramirez

Powered by CamScanner

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VÍAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DES GESIÓN DE CALIDAD	Código: GT-FOR-21
	PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO	Versión: 04
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Fecha: 20/04/2022

Proyecto:	ICCU-826-2023	**Consecutivo:**	
Fecha de la Inducción:	09/02/2024	**Fecha de Ingreso:**	09/02/2024
Nombre del Trabajador:	Jose Mauricio Arias	**N° de cédula:**	9.863.098
Cargo a desempeñar:	Ayudante de Obra	**Jefe Inmediato:**	Yelson Andres Vega
Responsable de Inducción / Reinducción	Natalia Monroy	**Cargo:**	Profesional SST

INDUCCIÓN (X) **REINDUCCIÓN ( )**

NUEVO X VACACIONES ___ CAMBIO DE LABOR ___ POSINCAPACIDAD ___ CAMBIO CENTRO COSTO ___ REINTEGRO ___

A continuación encontrará Preguntas de opcion multiple con unica respuesta, preguntas de relación y preguntas de descripción.	**RESPUESTA ACERTADA** SI	NO
1. La Actividad económica de la empresa es: ___ A. Asistencia administrativa de proyectos ___ B. Transporte X C. Construcción de obras de ingeniería civil ___ D. Ninguna de las anteriores	✓	
2. Son valores corporativos de la empresa y de nuestros trabajadores: ___ A. Transparencia, Compromiso, etica, honestidad, Respeto a los otros y así mismo, Empatia ___ B. Compromiso, Solidaridad, Puntualidad, Responsabilidad X C. Todas la anteriores ___ D. Ninguna de las anteriores	✓	
3. Cómo puedes contribuir para el cumplimiento de la politica SST de la empresa. ___ A. Incumplir la normas de seguridad industrial establecidas en la empresa. ___ B. Utilizar parte de los EPP suministrados por la empresa para mi protección personal ___ C. Cumplir con algunas de las actividades para la cual me contrataron X D. Realizar mis actividades de manera segura, utilizando todos los EPP entregados por la empresa, clasificando adecuadamente los residuos sólidos. Participando en la identificación de peligros, riesgos, aspectos e impactos ambientales, cumpliendo con las normas establecidas en la empresa.	✓	
4. El reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la empresa contempla: X A. Los riesgos asociados a la labor que desempeñan los trabajadores tanto del area administrativa como operativa ___ B. Los horarios de trabajo y las funciones respectivas a mi cargo ___ C. Todas las anteriores ___ D. Ninguna de las anteriores	✓	
5. Marque la opción correcta. En que condición se requiere implementar COPASST en la empresa: ___ A. Cuando la empresa cuenta con menos de 10 trabajadores designa un vigia ocupacional X B: Cuando la empresa cuenta con 10 o mas trabajadores se creará el COPASST. ___ C. Todas las anteriores	✓	
6. Son deberes de los trabajadores en la empresa: ___ A. No presentarse al trabajo en estado de embriaguez, o bajo alguna sustancias psicoactiva ___ B. No conservar armas de cualquier tipo de clase, excepto las que pueda cargar el celedor con autorización legal ___ C. Reportar todo accidente, incidente, acto o condicion insegura ___ D. Cuidarse a si mismo, a sus compañeros de trabajo y el medio ambiente X E. Todas las anteriores	✓	

Powered by CamScanner

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VIAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DES GESIÓN DE CALIDAD	Código: GT-FOR-21
	PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO	Versión: 04
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Fecha: 20/04/2022

5. Son derechos de los trabajadores en la empresa:

___ A. Recibir entrenamiento por parte de su empleador
___ B. Estar afiliado a Salud, riesgos y pension
___ C. Presentar una queja si cree que existen no conformidades en el sistema o riesgos serios en el lugar de trabajo
___ D. Presentar una queja por discriminación y/o acoso laboral
X E. Todas las anteriores

✓

7. Relacione la politica con su aspecto general

1. Política Sistema Gestión Integral	3 No se le permitirá a ninguna persona, sin importar su rango o posición, trabajar o visitar las áreas de trabajo bajo la influencia de bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas que alteren el estado de la conciencia, el estado de ánimo, la percepción y la capacidad de reacción.
2. Política de Seguridad y Salud en el trabajo y calidad	2 Garantizar la satisfación del cliente, la mejora continua de los procesos, la protección al medio ambiente, el bienestar y salud de los trabajadores, la identificación de peligros y valoración de los riesgos
3. Política de no alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas	1 Está compuesta por diferentes procesos y operaciones, es por ello que su actividad diaria mejora cuando se realiza bajo un sistema en el cual todas las actividades estén integradas bajo el mismo sistema de gestión.

✓

8. Mencione por lo menos 3 riesgos asociados a la actividad a desarrollar según su cargo y su respectivo control.

Riesgo Material Particulado y esfuerzo

✓

Nota obtenida en la Evaluación	9/9

OBSERVACIONES

Firma Trabajador:	Firma del Jefe Inmediato:	Firma del responsable de la inducción / reinducción
		Natalia Sanchez R.

Powered by CamScanner

ICCU	FORMATO	CÓDIGO	ES-MC-FR-02
	GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	VERSIÓN	0
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	4/10/2022

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Natalia Monroy Reyes- Profesional SST
TEMATICA:	INDUCCIÓN POLÍTICAS SST DEL CONSORCIO VÍAS 2023; QUE ES UN AL Y COMO SE REPORTA; QUE ES ENFERMEDAD PROFESIONAL; SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIA Y CAPACITACIÓN, MATRIZ DE RIESGOS; QUE ES COCOLA Y COMO SE CONFORMA, QUE ES COPASST, DERECHO AL INFORME MEDICO DE INGRESO Y NOTIFICACIÓN DEL EXAMEN MEDICO DE RETIRO, USO Y ENTREGA DE EPP, SOCIALIZACIÓN DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL; SOCIALIZACIÓN EN SGSS, OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES, Y LOS EMPLEADORES SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN ACTIVIDAD CONSTRUCTIVA, SOCIALIZACIÓN DE CRONOGRAMA SST, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, NOTIFICACIÓN DE CARGO. NOTIFICACIÓN DEL CARGO.

FECHA DE REUNIÓN:	09/02/24	LUGAR:	SALON COMUNAL, ESCUELA DEL CARDONAL. COGUA - CUND	HORA INICIO:	7:00 a. m.	HORA FINAL:	8:00 a. m.

ASISTENTE	CARGO	ÁREA/MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO TELEFONICO	FIRMA
Juan Carlos Marin	Ayudante de Obra	SST/Cogua	jmarinrcsepio@gmail.com	3158288870	Juan Carlos M.
Jose Mauricio Arias	Ayudante de Obra	SST/Cogua	comcelo0@gmail.com	3113236035	[illegible]

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VÍAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GM-PRO-31
	PROCESO: GESTIÓN MANTENIMIENTO Y COMPRAS	Versión: 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Fecha: 04/07/2023
		Página **1** de **1**

Cogua, Cundinamarca 09 de febrero de 2024

Señora
JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ
C.C. 9.863.098
Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN EXAMEN MEDICO DE EGRESO

Cordial saludo:

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a un examen médico ocupacional de retiro que se practicara en la IPS MEDICENTER Ubicada en CALLE 80. 72-85 Bogotá, con número telefónico 3228034642 Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen.

Atentamente,

LUIS FERNANDO BRICEÑO
DIRECTOR DE OBRA DEL PROYECTO.

Yo **JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ**, como colaborador de **CONSORCIO VÍAS 2023** acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles al término del vínculo con el consorcio, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnostico; exonero a la empresa **CONSORCIO VÍAS 2023** con NIT 901.722.635-3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado de la importancia de los exámenes relacionados con el perfil del cargo y los factores de riesgo a los cuales voy a estar expuesto y/o me encuentro expuesto actualmente en el cargo, así mismo conozco la importancia que tienen los programas de prevención. Declaro estar debidamente informado (a) según dispone la Resolución 2346 de julio 11 de 2007 en el parágrafo del artículo 10 y he tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Esta autorización es otorgada por mí y declaro que me encuentro en plenas facultades mentales y no estoy bajo ninguna presión, coacción o cohesión por parte del personal del **CONSORCIO VÍAS 2023.**

Nombre: José Mauricio Arias Martínez
C.C. No 9.863.098

Powered by CamScanner

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VIAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO: GT-FOR-02
	PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Versión: 04
	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	Fecha: 13/07/2022

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Jose Mauricio Arias	CEDULA No.	9.863.098	CARGO	Ayudante de Obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	DOTACION (JEAN Y CAMISA) C = L	1	09/02/24	
2	CASCO DE SEGURIDAD	1	09/02/24	
3	BOTAS DE SEGURIDAD	1		
4	GAFAS DE PROTECCION	1		
5	GUANTES DE VAQUETA	1		
6	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	1		
7	IMPERMEABLE	1		
8	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	1		
9.	Guantes de caucho	1	15/02/24	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Natalia Monroy Reyes	CEDULA No.	1.075.679.671
CARGO	Profesional SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en la hoja de vida de cada trabajador archivado en las carpetas de recurso humano.

El presente compromiso aplica para los elementos de dotación y protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 9.863.098

Powered by CamScanner

Medellín, 08 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAS 2023.

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: 0000000002 OBRA COGUA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C9863098	ARIAS MARTINEZ JOSE MAURICIO	09/02/2024		16923918	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/02/2024 17:25:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.65.232.115, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011752044	0|9|0|2|2|0|2|4

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ARIAS Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	JOSE Primer nombre	MAURICIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	9863098	Femenino ☐ Masculino ☒	2|1|1|1|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

VTE EL PORVENIR SEC CAS 0 **Dirección**		3113236035 **Telefono fijo**	3113236035 **Telefono celular**	COMCELO06@GMAIL.COM **Correo electronico**
TOCANCIPA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	1 **Localidad / comuna**		CUNDINAMARCA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	CARE &HEALTH SAS - CARE &HEALTH SAS	CAREHEALTH - CAREHEALTH
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO VIAS 2023	NIT	901722635	01

39.Ubicación

CL 15 13 56 ED TO 15 OF 501 Dirección	7605427 Teleéfono	METSAPSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	DUITAMA Municipio/distrito	BOYACA Departamento

No de Radicacion
4011752044

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|9|0|2|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ARIAS	MARTINEZ	JOSE	MAURICIO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
9863098	RC TI X CE PA	1985 11 21	X F	2024 09 02

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

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

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

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

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ identificado con el documento de identidad: C No. 9863098, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico comcelo06@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ
Número de identificación: 9863098

Fecha de diligenciamiento
2024 09 02

FIRMA A RUEGO

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

Firma A Ruego

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

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

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 9863098

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9863098,** se encuentra afiliado/a desde **12/07/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de febrero de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE MAURICIO ARIAS MARTINEZ identificado(a) con CC No. 9863098, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSORCIO VIAS DOS MIL VEINTITRES con NIT 9017226353:

- Fecha de afiliación a la Caja: 14/02/2024.
- Fecha de ingreso a la empresa: 09/02/2024.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 14/02/2024

VIGILADO SuperSubsidio