

FOTO No 65: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la compactación de recebo B600 por medio de equipo mecánico "saltarín" en capas de 0.30 m, para construcción de anden en las áreas exteriores costado sur, norte y occidente.



FOTO No 66: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la actividad de amarre de acero de refuerzo para columnetas y vigas cinta de coronación en muros no estructurales antepecho de ventanas, localizados en el Eje 1´ entre Eje D - E, las cuales tenían acero de refuerzo No 4 (1/2"), flejes No 3 (3/8") cada 0.15 m y 4 anclajes No 4 con resina epóxica 300l.



FOTO No 67: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 continúe con la actividad de amarre de acero de refuerzo para columnetas y vigas cinta de coronación en muros no estructurales antepecho de ventana localizadas en el Eje 1´ entre Ejes H – M, la cual tenía acero de refuerzo No 6 (3/4"), flejes No 3 (3/8") cada 0.15 m y 6 anclajes No 6 (3/4") con resina epóxica 300l.



FOTO No 68: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la demolición del piso y contrapiso ubicado en el andén costado sur, norte y occidente.



FOTO No 69: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice el llenado de la tubería red de desagües ubicada en el espacio de velado.



FOTO No 70: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la restitución de acabado de pisos ubicado sobre las diferentes áreas intervenidas.



FOTO No 71: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice las perforaciones No 5 (5/8") para zapatas tipo Z4 –A localizadas sobre el Eje 7-Q y 7 P



FOTO No 72: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el acero de refuerzo cumpla con los recubrimientos mínimos de concreto exigidos en planos de diseño, los cuales son de 0.045 por las cuatro (4) caras laterales.



FOTO No 73: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice el replanteo de las columnas tipo C8 y C10 ubicadas sobre el Eje 7 entre Ejes K-Q, las cuales sus dimensiones son de 0.50X0.50.



FOTO No 74: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice el amarre de acero de refuerzo No 5 (5/8") cada 0.20 en ambos sentidos con recubrimiento de 0.04 por los cuatros lados laterales.



FOTO No 75: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la actividad de escarificación de viga área ubicada en el Eje 3´ entre Ejes F-K, L escarificación de realizo manual (maseta y puntero) y con una profundidad de 7.5 mm.



FOTO No 76: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la actividad de encofrado de columnetas localizadas en el Eje 1' entre ejes H – M, las cuales tienen las siguientes dimensiones: 0.30X0.25X2.20.



FOTO No 77: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la actividad reinstalación de cajas de 0.40X0.40 para malla de puesta a tierra.



FOTO No 78: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 realice la actividad instalacion de tubería de diámetro de RDE 9 " para lavado de rodillos maquinas impresoras HERBERDECT ubicadas en el área de producción.

MANZANA LIEVANO: CARRERA 8 Nº 10-65



FOTO No 79: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la capacitación del sistema de la red contra incendios por parte del contratista CONSORCIO PRUNI SEDES 04 en la sede MANZANA LIÉVANO



FOTO No 80: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica las condiciones de seguridad industrial y la energización de la bomba con la supervisión de la ING. YENNY PAOLA REYES COSTILLA especialista eléctrica de la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA.



FOTO No 81: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica las condiciones de seguridad industrial de la energización de los tableros de la bomba de la red contra incendios.



FOTO No 82: Se revisa y verifica por parte de los profesionales de la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA las condiciones técnicas y de seguridad, para la puesta en funcionamiento de la red contra incendios.

FRENTE CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION: CARRERA 19B Nº 24-86



FOTO No 83: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica el armado de refuerzos de segundo anillo en caisson del pozo eyector la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 84: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la instalación y compactación de materia B-600 en modulo cinco (5) costado norte garantizando el espesor máximo sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 85: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la instalación y compactación de material B-600 en modulo tres (3) costado norte, garantizando el espesor máximo de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.

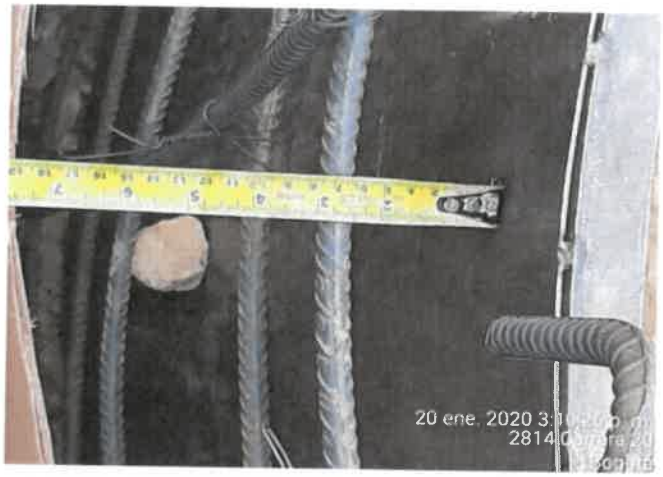


FOTO No 86: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica el recubrimiento mínimo para liberar la fundida de concreto del segundo anillo del caisson del pozo eyector de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 87: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la dosificación de los materiales de agregados, agua y acelerante para fundida de segundo anillo de caisson para la recolección del agua del filtro, costado occidental de la excavación de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 88: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica los cilindros para toma de muestras de concreto y su posterior ensayo a compresión de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 89: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica el ensayo de densidades y humedad del terreno en modulo tres (3) y cuatro (4) de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 90: La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la salida de la retroexcavadora KOMATSU 300 después de más de un mes que la interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA solicitó su salida de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 91: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la limpieza de los espejos de agua del costado oriental de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 92: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la excavación del tercer anillo de caisson, se revisa niveles, plomada y eje del caisson de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 93: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica la excavación conjunta de las retroexcavadoras HITACHI 330 y HITACHI 40 en modulo seis (6) de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.



FOTO No 94: La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica el traslado del compresor para demoler exceso de concreto en muro en el costado nor oriental modulo seis (6) de la sede CENTRO MEMORIA, PAZ Y RECONCILIACION.

ANEXO No. 6

CONTROL DE CLIMA

ARQUITECTURA URBANA LTDA

VIGENCIA A PARTIR DE	VERSION
05/04/2016	1

CONTROL DEL CLIMA CENTRO DE MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION (CMPR)

INFORMACION GENERAL

PERIODO COMRPENDIDO ENTRE: EL PRIMERO (01) DE ENERO AL TREINTA Y UNO (31) DE ENERO DE 2020

CONTRATISTA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — CONTRATO No. 731

INTERVENTORIA: ARQUITECTURA URBANA — CONTRATO No. 730

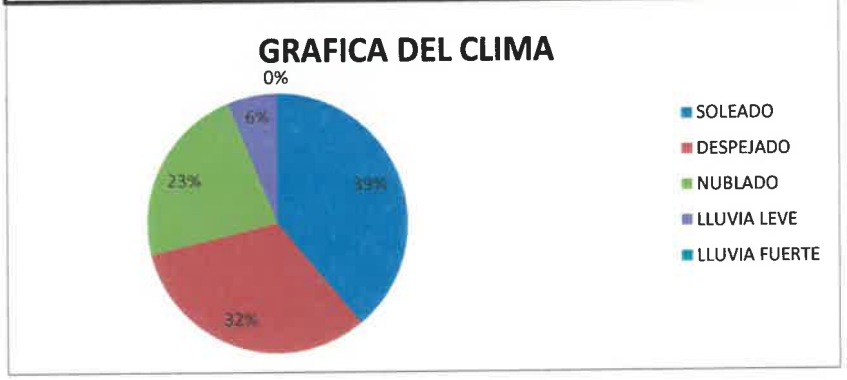
CLIMA DIAS

CONDICIONES CLIMATICAS	ENERO																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MAÑANA																															
SOLEADO	4	4	3	4			4	4	4	4			1	1			1	2		2		2		1	2			2			2
DESPEJADO			1								2		3	3	2	2	2	2		2	2		2	1	2		2	2	2	1	1
NUBLADO											2				2	2	1				2		2	2			2		1	2	1
LLUVIA LEVE																						2							1	1	
LLUVIA FUERTE																															
TARDE																															
SOLEADO	2	3	3	4			4	4	4	4				2				2										2			
DESPEJADO	2	1	1								2		3	2	2	2	2	2		2	2			2			2	2	2		2
NUBLADO											2		1		2	2	2			1	2	2	2	2	2		2		2	2	2
LLUVIA LEVE																				1		2	2		2					2	
LLUVIA FUERTE																															

TOTALES

PORCENTAJE			
SOLEADO	39%	81	HRS
DESPEJADO	32%	67	HRS
NUBLADO	23%	47	HRS
LLUVIA LEVE	6%	13	HRS
LLUVIA FUERTE	0%	0	HRS

GRAFICA DEL CLIMA



RESIDENTE DE INTERVENTORIA
ARQUITECTURA URBANA LTDA

ARQUITECTURA URBANA LTDA

VIGENCIA A PARTIR DE	VERSION	CONVENCIONES	
05/04/2016	1		Dominical / dia festivo

CONTROL DEL CLIMA

INFORMACION GENERAL

MES DE ENERO

CONTRATISTA: PRUNI SEDES 04 — CONTRATO No. 4230000-738 DEL 2015

INTERVENTORIA: ARQUITECTURA URBANA LTDA — CONTRATO No. 4230000-738 DEL 2015

CLIMA DIAS - IMPRENTA DISTRITAL

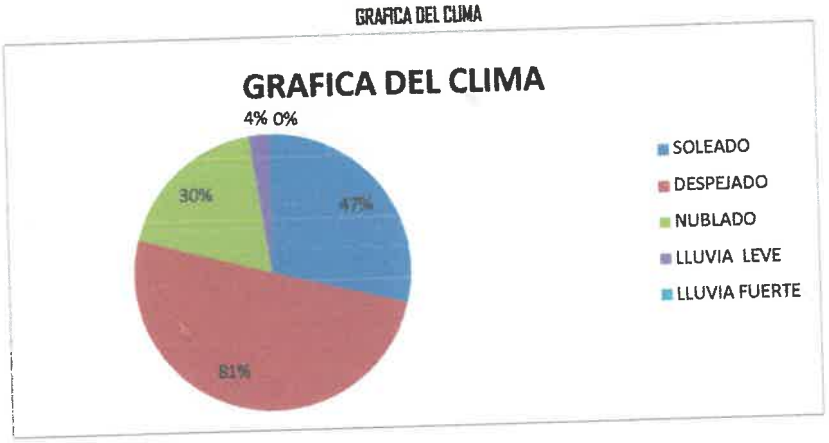
ene-20

CONDICIONES CLIMATICAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MAÑANA																															
SOLEADO		5	2	2			2	2	2	2	2		2	2	2		4	2				2									
DESPEJADO			3	3			3	3	3	3	3		3	3	3	5	1	3		2		3	3	5					6		5
NUBLADO																				3	5		2		5		5	2		5	
LLUVIA LEVE																												2			
LLUVIA FUERTE																															
TARDE																															
SOLEADO		3	3				3	3	3	3			3	3	2		2			1	4		4	4	3			2	4	2	4
DESPEJADO		1	1				1	1	1	1			1	1	2	4	2			3		2					3	2		2	
NUBLADO																						2					1				
LLUVIA LEVE																															
LLUVIA FUERTE																															

TOTALES

PORCENTAJE			
SOLEADO	47%	61	HRS
DESPEJADO	81%	106	HRS
NUBLADO	30%	39	HRS
LLUVIA LEVE	4%	5	HRS
LLUVIA FUERTE	0%	0	HRS
	100%		

GRAFICA DEL CLIMA



PRESIDENTE DE INTERVENTORIA
ARQUITECTURA URBANA LTDA

INSPECTOR DE INTERVENTORIA
ARQUITECTURA URBANA LTDA

ANEXO No. 7

CONTROL DEL PERSONAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría General

CONTRATO DE INTERVENTORÍA NO.4233000-730-2019

RELACIÓN DE PERSONAL DE LA INTERVENTORÍA

ARQUITECTURA URBANA LTDA

INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA.
CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 4233000-730 DE 2019
FECHA: ENERO DEL 2020

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	PORCENTAJE DEDICACIÓN	EXAMEN OCUPACIONAL	FECHA ÚLTIMO PAGO SEGURIDAD SOCIAL
1	Hernándo Daza Berrio	18.939.369	Director de Interventoría	Positiva	Cruz Blanca	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020
2	Paula Fernanda Morales Sanches	52.959.013	Cordinadora de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
3	Diana Caterine Morales Velasquez	1.026.572.178	Residente Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo	Positiva	famisanar	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
4	Nancy Rocio Ayala Gomez	52.229.315	Residente de Interventoria	Positiva	Compensar	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020
5	Juan Carlos Briceño	79.389.138	Inspector Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Positiva	Salud Total	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020
6	Jose Abelino Vargas Tenjo	1.057.463.178	Inspector de Interventoría	Positiva	Medimas	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
7	Carlos Giovanni Wilchez Montaño	79.720.581	Residente de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
8	Katty Andrea Farfàn Arias	1.031.146.000	Proesional de Ingenieria Civil de apoyo	Positiva	Sanitas	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020

"Dentro de los procesos de licitación Pública y concursos de Méritos, tener un trato preferencial con las personas discapacitadas así: "En los procesos de licitaciones públicas y concursos de méritos, para incentivar el sistema preferencial con personas con discapacidad, la entidades estatales deberán otorgar el uno por ciento (1%) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal de acuerdo con los siguientes requisitos: 1. La persona natural, el representante legal, de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, certificara el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección 2. Acreditar el número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el ministerio de trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección".

La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA, presenta la documentación del personal con discapacidad siendo: certificado de vinculación del trabajador con discapacidad, el formato de constatación de vinculación de trabajadores en situación de discapacidad emitida por la entidad MINISTERIO DE TRABAJO, y el soporte de seguridad social del trabajador con discapacidad; del señor HERNANDO DAZA BERRIO identificado con cedula de ciudadanía No. 18939069 de Agustín Codazzi.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830098495
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELÉFONO:	7035370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7741888172	TIPO DE PLANILLA:							E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD		MES enero	AÑO 2020
DIAS DE MORA:	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2020/01/20	NUMERO AUTORIZACION							551110779

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	MORA APORTES	MORA MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 1 456 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1 456 100	$ 0	$ 1 456 100
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 736 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 736 000	$ 0	$ 736 000
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 1 728 000	$ 0	$ 0	$ 25 000	$ 25 000	$ 0	$ 0	$ 1 778 000	$ 0	$ 1 778 000
SUBTOTALES:										$ 3 970 100	$ 0	$ 3 970 100

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72 000	$ 0	$ 0	$ 72 000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 77 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77 400	$ 0	$ 0	$ 77 400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 408 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 408 000	$ 0	$ 0	$ 408 000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66 700	$ 0	$ 0	$ 66 700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 164 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164 000	$ 0	$ 0	$ 164 000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 192 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192 000	$ 0	$ 0	$ 192 000
SUBTOTALES:													$ 980 100	$ 0	$ 0	$ 980 100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	10		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1 525 300	$ 1 525 300	$ 0	$ 0	$ 1 525 300
SUBTOTALES:									$ 1 525 300	$ 0	$ 0	$ 1 525 300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	10	$ 980 100	$ 0	$ 980 100
SUBTOTALES:			$ 980 100	$ 0	$ 980 100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1026572178	MORALES VELASQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2 000 000			SI	02																
2	CC 1039451346	LOPERA ARANGO JESSICA	DEPEND		$ 2 500 000			SI		20															
3	CC 1057463178	VARGAS TENJO JOSE ABELINO	DEPEND		$ 1 800 000			SI																	
4	CC 18939959	DAZA BERRIO HERNANDO	DEPEND		$ 5 000 000			SI																	
5	CC 33379020	SILVA MARTINEZ NANCY PASIOLA	DEPEND		$ 2 800 000			SI																	
6	CC 52229315	AYALA GOMEZ NANCY ROCIO	DEPEND		$ 3 000 000			SI	09																

Nº	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	PARAFISCALES CCF IBC	PARAFISCALES CCF ADMIN	PARAFISCALES CCF TOTAL APORTE	PARAFISCALES SENA TOTAL APORTE	PARAFISCALES ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	29	$ 1 933 334	$ 309 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 309 400	EPS017-FAMISANAR	29	$ 1 933 334	$ 77 400	$ 0	$ 77 400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	29	$ 1 933 334	$ 134 600	$ 29	$ 1 933 334	$CCF24-COMPENSAR	$ 77 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	230301-PORVENIR	20	$ 1 666 667	$ 266 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 266 700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	20	$ 1 666 667	$ 66 700	$ 0	$ 66 700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	20	$ 1 666 667	$ 116 100	$ 20	$ 1 666 667	$CCF24-COMPENSAR	$ 66 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	231001-COLFONDOS	30	$ 1 800 000	$ 288 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288 000	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 1 800 000	$ 72 000	$ 0	$ 72 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1 800 000	$ 125 300	$ 30	$ 1 800 000	$CCF24-COMPENSAR	$ 72 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	25-14 COLPENSIONES	30	$ 5 000 000	$ 800 000	$ 25 000	$ 25 000	$ 0	$ 0	Normal	$ 850 000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 5 000 000	$ 200 000	$ 0	$ 200 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 5 000 000	$ 348 000	$ 30	$ 5 000 000	$CCF24-COMPENSAR	$ 200 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	231001-COLFONDOS	30	$ 2 800 000	$ 448 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448 000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2 800 000	$ 112 000	$ 0	$ 112 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2 800 000	$ 14 700 (9)	$ 30	$ 2 800 000	$CCF24-COMPENSAR	$ 112 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	25-14 COLPENSIONES	22	$ 2 200 000	$ 352 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 352 000	EPS008-COMPENSAR	22	$ 2 200 000	$ 88 000	$ 0	$ 88 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	22	$ 2 200 000	$ 153 200	$ 22	$ 2 200 000	$CCF24-COMPENSAR	$ 88 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACION:	830098495
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:			BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO		7035370
TIPO APORTANTE:	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301 TELÉFONO:		8-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		SI
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).	ÚNICO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7741888172	TIPO DE PLANILLA	E-EMPLEADOS						
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	enero	AÑO	2020
DIAS DE MORA	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2020/01/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN.							551110779

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

	DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN							SALUD							ARP				CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	FORMA REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
7	CC 7182768	AGUIRRE MEDINA FERNANDO	DEPEND		$ 2.000.000		SI																			25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000		$ 139.200	30	$ 2.000.000	$CCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 79385148	BRICEÑO JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.600.000		SI																			25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000		$ 111.400	30	$ 1.600.000	$CCF24-COMPENSAR	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 79720581	VALCHES MONTAÑO CARLOS GIOVANNI	DEPEND		$ 3.000.000		SI																			230301-PORVENIR	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.000.000		$ 208.800	30	$ 3.000.000	$CCF24-COMPENSAR	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 93137714	NUÑEZ DIAZ ALVARO ANDRES	DEPEND		$ 2.500.000		SI																			230301-PORVENIR	30	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.500.000		$ 174.000	30	$ 2.500.000	$CCF24-COMPENSAR	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 7.455.600**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACION	901029778
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO.	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:		BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 38 8 12 OFICINA 301 TELÉFONO:		7035370
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:		C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7741697954	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero	AÑO 2020
DIAS DE MORA				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)				2020/01/16	NUMERO AUTORIZACIÓN		549346502

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 692.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 692.600	$ 0	$ 692.600
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
230301	230301-PORVENIR	1	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.000	$ 0	$ 272.000
SUBTOTALES:										$ 1.172.600	$ 0	$ 1.172.600

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 68.000
EPS005	EPS005-SANITAS S A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 80.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 60.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 33.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.300	$ 0	$ 0	$ 33.300
SUBTOTALES:													$ 293.300	$ 0	$ 0	$ 293.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A.	5		$ 0	$ 0		$ 0	$ 296.500	$ 296.500	$ 0	$ 0	$ 296.500
SUBTOTALES:									$ 296.500	$ 0	$ 0	$ 296.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	5	$ 293.300	$ 0	$ 293.300
SUBTOTALES:			$ 293.300	$ 0	$ 293.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1003038476	VALENCIA SOTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 828.116			SI							27-30				25-14 COLPENSIONES	4	$ 110.416	$ 17.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 17.700	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 4.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4	$ 110.416		$ 0	4	$ 110.416	CCF24-COMPENSAR	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1003038476	VALENCIA SOTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 828.116			SI											25-14 COLPENSIONES	26	$ 717.701	$ 114.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 114.900	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 717.701	$ 28.800	$ 0	$ 28.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	26	$ 717.701		$ 50.000	26	$ 717.701	CCF24-COMPENSAR	$ 28.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1031146000	FARFAN ARIAS KATTY ANDREA	DEPEND		$ 2.000.000			SI											25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000		$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 49691881	VALENCIA SIERRA CARMEN ALICIA	DEPEND		$ 1.500.000			SI											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.500.000		$ 7.900	30	$ 1.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 52796082	VALDERRAMA CARREÑO OLGA MARIA	DEPEND		$ 1.700.000			SI											230301-PORVENIR	30	$ 1.700.000	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 272.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.700.000	$ 68.000	$ 0	$ 68.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.700.000		$ 8.900	30	$ 1.700.000	CCF24-COMPENSAR	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 80928100	ZAMBRANO PEREZ EYSON FERNANDO	DEPEND		$ 1.300.000			SI											230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 50.500	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACION:	NIT NUMERO DE IDENTIFICACION:	901029778	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.		AURBANA SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCION	CLL 38 8 12 OFICINA 301 TELEFONO	7035370	
TIPO APORTANTE.	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras	
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NUMERO PLANILLA				7741697954	TIPO DE PLANILLA				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	enero	AÑO	2020
DIAS DE MORA				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd).				2020/01/16	NUMERO AUTORIZACIÓN.				549346502

TOTAL **$ 2.055.700**

Planilla Pagada
aportes en línea
Planilla Pagada

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

NIT.830.098.495-4

NÓMINA PARA EL PAGO DE SUELDOS

PERIODO DE PAGO
DEL: 1 DE ENERO DE 2020
AL: 31 DE ENERO DE 2020

	CONCEPTOS									DESCUENTOS									
	NOMBRE DEL TRABAJADOR	No. IDENTIF.		SUELDO BASICO	DIAS TRABAJ.	PERMISO /INCAPA	LIQUIDACION	SUBSIDIO/ TRANSP	TOTAL DEVENGADO	EPS	SALUD 4%	FONDO PENSION	PENSION 4%	APORTE FSP 1%	RET.FTE. SUELDO	TOTAL DESCUENTO	NETO A PAGAR	FIRMA DEL TRABAJADOR
4	ALVARO ANDRES NUÑEZ DIAZ	93.137.714	RESIDENTE TECNICO DE INTERVENTORIA	2.500.000	2		166.667		166.667	SALUDTOTAL	6.667	PORVENIR	6.667			13.333	153.333	
	TOTAL			2.500.000	2	0	166.667	0	166.667		6.667		6.667	0	0	13.333	153.333	

TOTALES				APROPIACIONES	%		VALOR	OBSERVACIONES
DEVENGADO		DEDUCCIONES		EPS	4.00%		6.667	TERMINACION CONTRATO LABORAL AU-TEC-055-2019
SUELDOS	166.667	EPS SALUD	6.667	PENSIONES	16.00%		26.667	
BONIFICACIONES	0	PENSIONES	6.667	RIESGOS 6.96%	6.96%		11.600	
SUBSIDIO DE TRANSPORTE	0	APORTES FSP	0	CJA. COMPENSACION	4.00%		6.667	
TOTAL DEVENGADOS	166.667	RET. FUENTE SUELDOS	0	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	1%		0	
		TOTAL DESCUENTOS	13.333	TOTAL APROPIADO			51.600	
NETO PAGAR		153.333						

PREPARADO	REVISADO	APROBADO
CARMEN VALENCIA	CARLOS D. PEREZ	Arq. HERNANDO DAZA BERRIO

ARQ. HERNANDO DAZA BERRIO
REPRESENTANTE LEGAL

CARLOS DOMINGO PEREZ PATERNINA
CONTADOR

1672

PAZ Y SALVO

ALVARO ANDRÉS NUÑEZ DÍAZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 93.137.714 de Espinal-Tolima, declaro que la empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA., identificada con NIT. 830.098.495-4, está a PAZ Y SALVO por todo concepto y los correspondientes al Salario y Prestaciones Sociales generados por brindar mis servicios como **RESIDENTE TÉCNICO DE INTERVENTORIA FASE EJECUCION DE OBRAS**. Durante la ejecución del siguiente contrato:

- **CONTRATO 4233000-730-2019, SUSCRITO CON LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C CUYO OBJETO ES "CONTRATAR LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA, CONTABLE, ECONÓMICA, JURÍDICA Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO 'REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. "** Contrato de interventoría suscrito con el **SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.**

El presente paz y salvo se expide a los 17 días del mes de enero de 2020

Cordialmente,

ALVARO ANDRÉS NUÑEZ DÍAZ
C.C. No. 93.137.714 de Espinal-Tolima

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR INASISTENCIA A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO

Yo, ALVARO ANDRES NUÑEZ DIAZ identificado con C.C. 93.137.714 de Espinal - Tolima, manifiesto que el día 02 del mes de enero del año 2020, la Empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA., me programó los correspondientes exámenes de egreso por finalización del contrato laboral.

Declaro que es decisión propia, NO practicarme dichos exámenes y por lo tanto exonero a la Empresa de cualquier responsabilidad sobre la afectación de mi salud, como resultado de las labores realizadas en el periodo contratado.

Atentamente,



Alvaro Andres Nuñez Diaz

C.C. No. 93.137.714 de Espinal

Ciudad: Bogota D.C, Fecha: 08 Enero 2020

Banco Caja Social
0141 IF. QUINTA CAMACHO
Cra. 9 N°71-08
CTA CTE 21510294192

Cheque No. 1001101

Año 2019 Mes 12 Día 26 $ 1.893.808

Páguese a Jessica Lopera Arango

La suma de: Un Millon Ochocientos Noventa y Tres Mil Ochocientos Ocho Pesos M/cte Pesos M/L

DICIEMBRE 19 2019

PAGO ÚNICO NACIONAL

Firma

PAGUESE UNICAMENTE AL PRIMER BENEFICIARIO

PAGADO EL IMPUESTO DE TIMBRE

1001101

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No. 830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No. AU-CE-214/2019	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	LIQUIDACION DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES SEGUN CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No. AU-TEC-054/2019		
	RESIDENTE DE INTERVENTORIA, DEL CONTRATO DE INTERVENTORIA NO.4233000-730/2019. CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA INTERVENTORIA ADMINISTRATIVA COMO TECNICA, FINANCIERA, CONTABLE, ECONOMICA, JURIDICA Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.		
	CESANTIAS DE JUNIO 26 A DICIEMBRE 20 DE 2019		1.215.278
	INTERESES DE CESANTIAS DE JUNIO 26 A DICIEMBRE 20 DE 2019		70.891
	VACACIONES DE JUNIO 26 A DICIEMBRE 20 DE 2019		607.639
	TOTAL A CANCELAR		1.893.808

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE X
BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: 1001101
CUENTA NUMERO:
FECHA DE PAGO: DICIEMBRE 26 DE 2019

PAGADO A:	JESSICA LOPERA ARANGO
C.C. / Nit	1.039.451.346
DIRECCIÓN	CL. 56 A 71 30 NORMANDIA
TELÉFONO	3046162332
FIRMA:	

NOTA: LABORO HASTA EL 20 DE DICIEMBRE DE 2019, RENUNCIA VOLUNTARIA

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
CARMEN ALICIA VALENCIA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

ancolombia

FORMATO TRANSACCIONAL

No. 53943681

PO DE TRANSACCIÓN CONSIGNACIÓN A: ☐ CTA CORRIENTE ☒ CTA AHORROS ☐ RECAUDO ☐ TARJETA CRÉDITO ☐ CRÉDITO ☐ CRÉDITO HIPOTECARIO

MERO PRODUCTO DIGO CONVENIO	NOMBRE TITULAR	CIUDAD	TELÉFONO
1 1 6 1 2 7 4 9			

PARA DEPÓSITOS Y RECAUDOS

MBRE DEPOSITANTE / PAGADOR RECAUDOS	REFERENCIA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
		4	
		5	
		6	

DETALLE DE LOS CHEQUES

CIUDAD	CTA CORRIENTE No.	BANCO	CHEQUE No.	VALOR

ITIDAD CHEQUES		TOTAL CHEQUES $	
OCIADA ☐ SI ☐ NO (Aplica para remesas)		TOTAL EFECTIVO $	
onsignaciones de cheques de otros bancos y otras ciudades poseen obro de comisión y porte de envió.		TOTAL $	

PARA PAGOS CRÉDITO Y TARJETAS DE CRÉDITO

TIPO DE OPERACIÓN No. CUOTAS A PAGAR CRÉDITO HIPOTECARIO ☐

☐ PAGO CUOTA / PAGO MÍNIMO ☐ CANCELACIÓN / PAGO TOTAL
☐ ABONO A CAPITAL ☐ INTERESES TRIMESTRALES* *Aplica sólo para Crédito Constructor.
☐ ABONO EXTRAS O PRORRATAS* ☐ OTRO _____

FORMA DE PAGO

☐ EFECTIVO ☐ CHEQUE ☐ PESOS ☐ DOLARES

CHEQUE No. _____ **BANCO** _____

DÉBITO A CUENTA ☐ CTA CORRIENTE ☐ CTA AHORROS

NÚMERO DE CUENTA

CONCEPTO PARA SALDO EN USD *Sólo para Tarjeta de crédito			CONCEPTO EN PESOS	
DÉBITO A CTA	USD	$	DÉBITO A CTA	$
EFECTIVO	USD	$	EFECTIVO	$
CHEQUE	USD	$	CHEQUE	$
TOTAL ABONO	USD	$	TOTAL ABONO	$

FIRMA C.C./ NIT

ESPACIO DILIGENCIADO POR EL BANCO Aplica sólo para Tarjeta de Crédito

ABONO A DEUDA EN DOLARES CON M.L.

CONSECUTIVO	VALOR ABONO (USD)	TASA DE CAMBIO

cheques incluidos en esta consignación son recibidos sujetos a verificación posterior por el total indicado en la misma. El Banco sólo ampara el efectivo y los datos indicados en el original de la consignación. Si hubiere errores o faltantes, co hará los ajustes necesarios en la cuenta del cliente. Sobre el valor de la consignación hecha en cheque no puede girarse hasta cuando dichos cheques sean corrientes. Elabore este formato a máquina de escribir o letra imprenta. ro que mis recursos provienen de actividad lícita. Atenderé la solicitud de información que el Banco o cualquier autoridad requiera. BANCOLOMBIA podrá abstenerse de tramitar esta operación.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

– CLIENTE –

cadena s.a. 11/2018 8003222-V4

1676

PAZ Y SALVO

JESSICA LOPERA ARANGO identificada con cedula de ciudadanía No. 1.039.451.346 De SABANETA -ANTIOQUIA, declaro que la empresa **ARQUITECTURA URBANA LTDA.** identificada con NIT. 930.098.495-4 está a **PAZ Y SALVO** por todo concepto y los correspondientes al Salario y Prestaciones Sociales generados por brindar mis servicios como RESIDENTE DE INTERVENTORIA FASE EJECUCION DE OBRAS Durante la ejecución de los siguientes contratos:

- **CONTRATO 4233000-730-2019** cuyo objeto es **"CONTRATAR LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA – CONTABLE, ECONÓMICA, JURÍDICA Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO 'REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.**

El presente paz y salvo se expide a los 20 días del mes de Diciembre del 2019.

Cordialmente,

JESSICA LOPERA ARANGO
CC. No. 1.039.451.346 De SABANETA -ANTIOQUIA

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR INASISTENCIA A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO

Yo, JESSICA LOPERA ARANGO, identificada con C.C. 1.039.451.346 de Sabaneta - Antioquia, manifiesto que el día 20 del mes de diciembre del año 2019, la Empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA., me programó los correspondientes exámenes de egreso por finalización del contrato laboral.

Declaro que es decisión propia, NO practicarme dichos exámenes y por lo tanto exonero a la Empresa de cualquier responsabilidad sobre la afectación de mi salud, como resultado de las labores realizadas en el periodo contratado.

Atentamente,

Jessica Lopera Arang

C.C. No. 1039451346 de Sabaneta Antioquia

Ciudad: Bogota D.C, Fecha: 19 diciembre 2019

ANEXO No. 8

BITACORA DE OBRA

IMPRENTA DISTRITAL

realizan amarre de acero en viga aerea ESC F entre ejes 2' y 5', 1 maestro general, 4 personas encofran columnetas en antepecho de ventana, 4 personas realizan encofra de columnetas y viga dentro area administrativa segundo nivel, se le recomienda al contratista entrega resultados de cilindros a compresion de los dias 5,6,12,18 de diciembre del 2019 la cual no han sido entregados en ninguna edad de 7,14 y 28 dias. — o — o — u — — — — — —

Jueves 02 de Enero del 2020: 2 personas realizan amarre de acero de refuerzo en columnetas y viga cinta de coronacion para muros no estructurales, 2 personas realizan encofrado de viga aerea ubicada en el ejes F entre ejes 2'-5', 3 personal realizan regatas para red de suministro en la cocina, 2 personas realizan instalacion instalacion de tuberia en la red de suministro

03-01-2020. Se realiza inspeccion de obra Imprenta Distrital por parte del inspector de Interventoria Arquitectura Urbana 1709, se hace acompañamiento en la fundida de zapatas y vigas del area de produccion, no se presenta ninguna inconformidad en esta tarea. - Se solicita aireglar el tubo del agua potable cerca al campamento, se solicita mejorar la señalizacion de acuerdo al programa presentado a la interventoria, se verifica que los permisos de trabajo de altura y caliente estan conforme a la resolucion 1409 del 2012, se solicita a la auxiliar SST del contratista realizar acompañamiento permanente de todas las actividades de obra. Auxiliar SST Natalia Venavides. Inspector Interventoria Arquitectura Urbana Juan Carlos Buccino.

Se realiza entrega a la interventoria de las planchas de concreto (25 m³) para la fundición de zapatas y vigas de cimentación en la zona de producción (4 folios), se le solicita al contratista realizar el debido curado durante los primeros 7 dias de edad mediante agua para mantener la hidratacion del concreto y de esta manera garantizar la resistencia a la compresion requerida durante segun planos de diseño.

Nancy Ayala
Residente Interventoria

04-01-20:
Se hace recorrido en obra y se observa el siguiente personal.
PISO 1:
2 Ayudantes axo
4 Ayudantes hacen formaletería metálica
1 Maestro
PISO 2:
2 Ayudantes hacen axo
2 Ayudantes desmontan formaleta de viga aerea
3 Pintores rematan cercha metálica
3 Personas haciendo aseo en baño y cocina
2 Ayudantes desmontan formaletería de viga canta
4 Instalan red hidraulica costado sur zona externa
2 Montan ventanería y le hacen limpieza

La interventoría solicita que: El contratista haga entrega de la especificación de la pintura indicando que tipo de pinturas es. De igual manera con el anticorrosivo. De lo contrario no se permite dar inicio a dicha actividad.
Se solicita tambien que la certificación sea similar a la embalturva y sello de el empaque de la pintura y de igual manera se avise a interventoría antes de ser aplicados

Se realiza entrega a la interventoría de la ficha técnica de la pintura Viniltex Advanced, la cual será usada en la actividad de pintura en el edificio administrativo y archivo.

se le solicita al contratista entregar resultados de cilindros a compresion de los dias 6,12,18 de diciembre del 2019, lo cual la interventoria los requiere para garantizar la resistencia requerida en diseños y de esta manera poder autorizar el pago del mismo en el corte acta 5, se le recomienda al contratista programar ensayo de presion de la tuberia de red de suministro existente en la zona externa para poder tapar y organizar el espacio de trabajo.

Nancy Ayala
Residente Interventoría

7 de enero del 2020

La interventoria arquitectura urbana crea realizando el recorrido de obra evidencia el siguiente personal operativo del contratista: 3 personas realizan encofrado de columnetas muros no estructurales, 1 persona realizan corte de concreto, 4 personas continuan con el amarre de acero de refuerzo en muro M5 y M6, 3 personas realizan corte y figurado de acero para zapata Z-6, 3 personas realizan remate de pañete en antepecho de ventanas segundo piso area administrativa, 2 personas realizan desencofrado de viga electrica y desague de la misma, 2 personas realizan useo, 1 maestro general, 1 maestro hidrosanitario, para un total de 24 personas el dia de hoy.

Recomendaciones al contratista: realizar entrega de ensayo de compresion de cilindros de los concretos vaciados 2 dias 5, 6, 11, 12 y los dias los cuales ya cumplieron la edad de 7, 14, 28 dias de otros 7 y 21 dias segun la fecha de vaciado, se le solicita al contratista ser entregado a la interventoria para todos autorizar el vaso de ese concreto en el acta 5, se le recomienda al contratista organizar mejor las cuadrillas de obra ya que se evidencia que faltan terminar actividades del area administrativa como pañete, estuco y pintura y restauracion del piso, Instalacion de canaleta, y puntos electricos y el compromiso eran para el dia 27 de diciembre del 2019 lo cual no se a cumplido,

cabe donatar que en el area de archivo faltan actividades de obra civil y no se observa personal operativo.

Senores Interventoría como es de su conocimiento, la entidad no ha definido el alcance de los acabados a realizar en el 2do y 1er piso de Administración. para poder realizar los respectivos acabados, de lo contrario hay muchos items que no son contractuales, los cuales no se pueden adelantar hasta que no esten pactados.

Atentamente

08-01-2020

Se hace recorrido en obra a las 9:30 am, mediante llamada telefónica a Ing Mauricio Rubio, supervisor del contrato. x le solicita un plano arquitectónico detallado de las unidades sanitarias existentes en el primer piso zona producción, y argumenta que no hay planos detallados arquitectónicos" el solicita que nos remitamos al acta N.: 86 fecha 29-10-19.
Esta interventoría aclara que nos ceñimos a la recomendación hecha en el acta.

Se definió con el especialista de la Interventoría el trazado de la red hidráulica en las unidades sanitarias de el primer piso la cual se tuvo en cuenta, la aclaración del Ing Mauricio Rubio "que se instale recto raso a 30 cm arriba del muro existente" por lo tanto el recorrido de esta red era perimetral a las unidades y soportado al interior del mismo muro existente.

Se evidencia la red de ventilación existente pero no se observan los tubos para que esta quede funcionando se solicita al contratista verificar los planos ya que en esto se evidencio el trazo del recorrido detallado.

-El especialista de interventoría solicito revisar el plano record existente y que se solicita que el contratista haga una propuesta para que las redes de aguas lluvias queden independientes ya que actualmente están combinadas.

-El especialista de Interventoría solicita una propuesta por parte de el contratista para dar solución a la instalación de la ventilación de la bajante de la unidad sanitaria existente en el segundo piso - oficina de Subdirección, el mismo debe tener en cuenta que la red de aguas negras no se puede instalar sobre fachada.

PAC

Nancy Ayala
Residente Interventoría

Fernando Rosero

Tema electrico 08 de Enero 2019

Se realiza recorrido de obra no se evidencia avance en la parte electrica, se recuerda tener encuenta:

Nota 1. Desde el 14 de Noviembre se solicito por bitacora en la pagina 111, la visita por el proveedor de la planta electrica para dar las observaciones y necesidades del area donde va ubicada pero hasta la fecha no a sido posible, se recuerda que la necesidad se de por los posibles adicionales.

Nota 2. Se solicita el concepto de la empresa de la RCI para que confirmara la tension de consumo del equipo, pero el contratista no lo entrego si el consumo de tensión es diferente, el contratista asume los costos adicionales para los equipos adicionales que rayan.

Nota 3. Se revisa la especificacion ~~del~~ del item 0607. Suministro e instalacion de puesta modelica y se corrobora con la norma CTS 548 segun diseño electrico, cumpliendo con las mismas especificaciones del calibre de la lamina de 18 mj y con puerta de cerradura antipanico.

Nota 4. Se solicita al contratista que el dia de hoy dar la solucion para soportar la tuberia de escape de la planta electrica.

Nota 5. Se solicita al contratista hacer entrega de las ordenes de compra de los equipos.

Nota 6. Se recuerda al contratista ejecutar el sistema de puesta a tierra independiente segun diseño electrico.

Ing Electricista
Interventoria

Se ingresa al cuarto de archivo en el cual se ubicara la planta electrica y se observa que no cabe la planta, el proveedor Ing Luis Antonio Parra solicita un area mayor para la instalacion el area debe ser de 4,85 de fondo por 5,50 de frente

Nancy Ayala
Residente Interventoria

El día de hoy se realizó visita por parte del proveedor de la Planta generadora que estara ubicada en el archivo, se evidencia qe la planta necesita un lugar mas amplio al qe se encuentra ~~[illegible]~~ ejecutado por planos de diseño Serie 3.
Se propone realizar el desplazamiento del transformador baja baja qe se ubica en este mismo espacio, para poder dar el espacio suficiente qe requiere la Planta generadora.



Planta Eléctrica
- Muros a Demoler
- Muro Nuevo

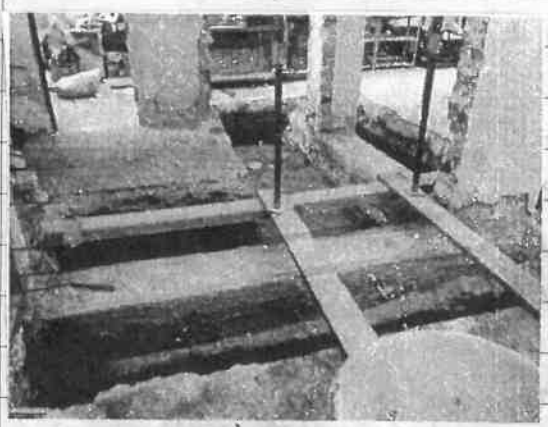
Se solicita aprobación por parte de la Interventoria para proceder a realizar la actividad.
la interventoría aclara qe una vez la entidad depina el

área que va a ser para el suministro y instalación del baja, baja, procedería, en acuerdo entre el Supervisor del Contrato, la Interventoría y el contratista para tomar decisión con respecto al requerimiento de la Residente de Obra.

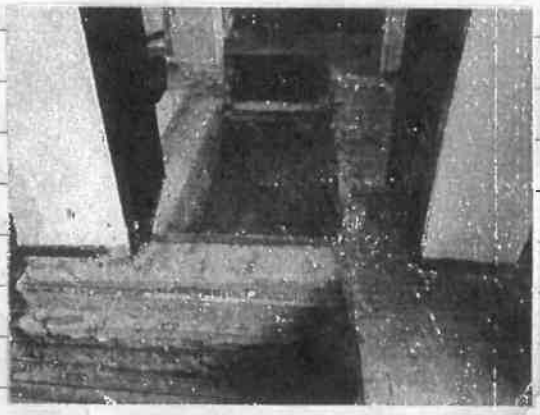
09/1/2020

En comité de Obra del día de hoy se resolvió entre las partes. Arq. Mauricio Pulido, Residente de Interventoría Arq. Nancy Ayala y Contratista, trasladar el baja baja a un lado en el archivo para poder darle más espacio a la planta generadora. esto implica demoler muros y realizar uno nuevo como lo indica el plano de la página anterior.
Adicionalmente queda Pendiente definir y/o resolver como quedará la Fachada principal de este edificio (Archivo) donde deberá ponerse el ducto de desfoque de aire caliente de la planta generadora.

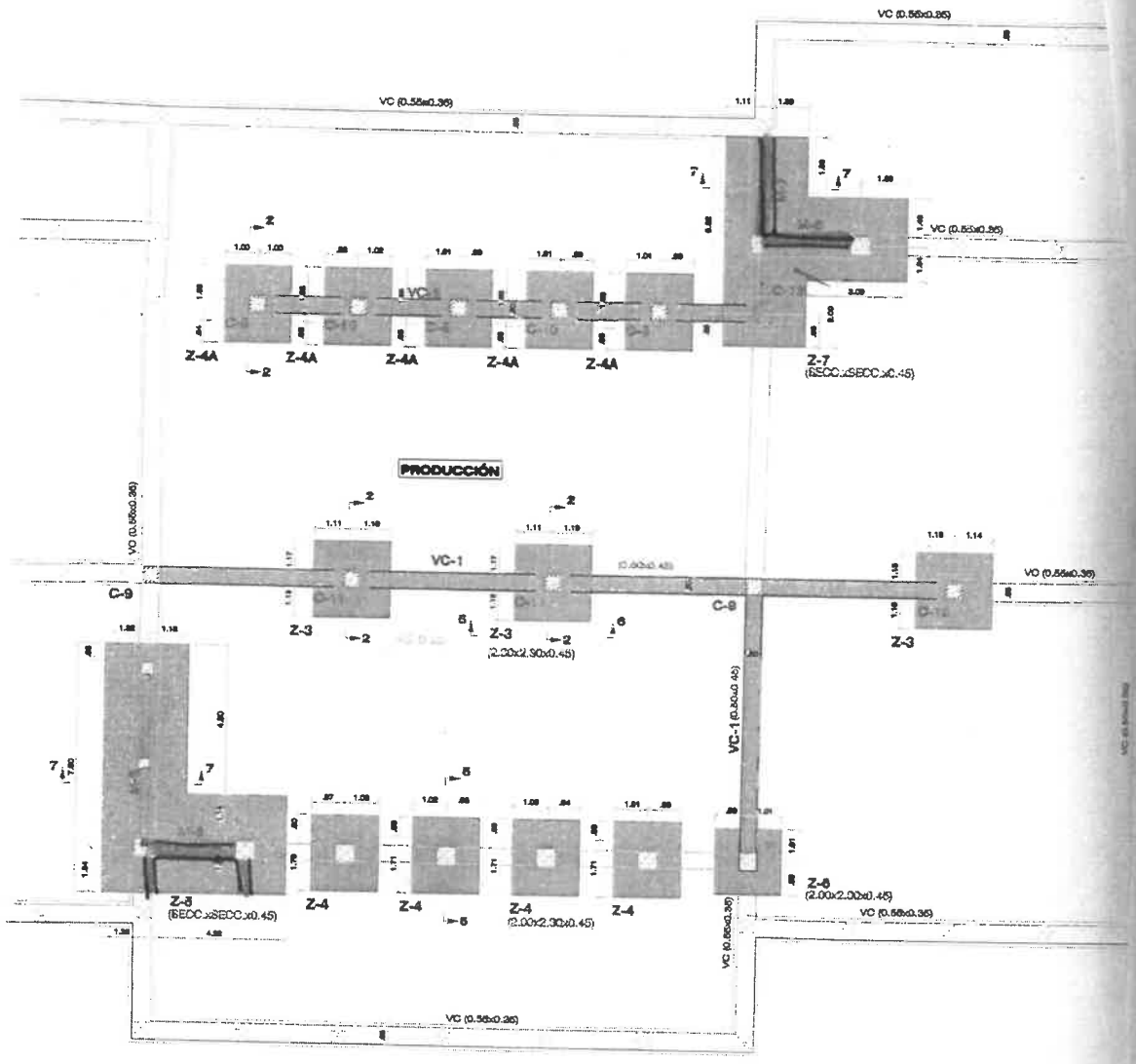
De igual manera se le solicita a la Interventoría resolver y/o aclarar lo encontrado en obra en la cimentación de las zapatas 25 y 27 donde se encuentra una viga de cimentación de .30 x .35 aprox. y debajo de ella concreto ciclopeo, lo que no se ajusta a los Planos de diseño, dado que no aparecen estas vigas.



Zapata 3



Zapata 5



En el plano de desprece de acero, los hierros son continuos de lado a lado.

09-1-2020. Se realiza recorrido de obra en la impronta distrital con el profesional SST del contratista William Fonseca, se verifica la elaboracion de los permisos de trabajo en altura de acuerdo a la Resolucion 1409 del 2012. Tambien se verifica que se cumpla con el programa de orden y aseo, y señalizacion de la Obra, no se encuentra ninguna novedad especial.

Se le solicita al profesional del contratista William Fonseca realizar acompañamiento permanente en todas las actividades del Fin de semana. Inspector de Interventoria Juan Carlos Bueno

PAC

Enero 10 del 2020

En la imprenta distrital la interventoria arquitectura urbana LTDA realizando su recorrido evidencio el siguiente personal operativo en obra:
1 maestro general, 3 personas aseo, 4 personas realiza pañete, 3 personas realizan Amasee de acero de refuerzo en cimentacion de zapatas y vigas de cimentacion area de archivo, 1 persona realiz demolicion de muro en ladrillo para dar inicio a la cimentacion muro en concreto "MURO-MG1", 3 personas continuan con montaje de ventanas. componente electrico: 3 personas realizan demolicion de muro area de archivo para adecuacion de la planta electrica, componente Hidrosanitario: 1 maestro general, 3 personas continuan con la instalacion con la instalacion de tuberia red de suministro baños segundo nivel, 1 persona continua con pañete interbramiliza y media caña en casos de inspeccion para un total de 21 personas a dia de hoy.
Recomendaciones: se le recomienda al contratista que realizando el seguimiento de la reprogramacion de obra presenta atrazos en las actividades de los siguientes capitulos: 1.2.0 Red de suminis 1.3.0 Punto Hidraulico de agua fria. 1.4.0 cuarto de bombas, y el capitulo 3 Instalaciones Electricas. ademas se observa que los tiempos estimados de las demas actividades del componente reforzamiento estructural y obras civiles ya estan actividades con tiempos a vencerse y no Van a cumplir con ese tiempo expuesto en la programacion entregada el dia 26 de diciembre del 2019 y se le recomienda al contratista entregar los resultados de concreto de los elementos estructurales vaciados el dia 3 de enero del 2020. ya que el dia de hoy se cumplen los 7 dias de edad

se le recomienda al contratista realizar las pruebas de presion de la zona exterior para proceder a tapar esa tuberia ya que se encuentra expuesta a la intemperie y pueda ocasionarse daño a esta por parte humana y por cristalizacion del sol.

Nancy Ruiz Ayala
RESIDENTE INTERVENTORIA.

11-01-20

Según recorrido realizado en Obra, la interventoría observa el siguiente personal:

1. Maestro general, 8 Personas realizan amarre de acero, encofrado de columnetas y perforaciones para anclajes para columnetas y viga canta muros no estructurales
6 Personas pañetan
3 Personas aseo
2 Personas realizan rotura de muro para construir columnetas en muro no estructurales

Componente Hidrosanitario
5 personas instalan Red de Suministro de 3/4

Componente Electrico:
2 Personas continúan con demolición de muro para adecuar cuarto de planta electrica

Para un total de 29 personas.

La interventoría solicita tener en cuenta las siguientes observaciones en la programación entregada:

El Aseo general va de principio a fin de la obra y x muestran las fechas: inicio 24-08-19 al 20-11-19 → Ya acabaron?

Estan repitiendo las actividades de los items 21.0.1 hasta el 21.0.11

El item 26.0.1 y el 26.0.2 en comun acuerdo de las partes contratista interventoría x anularon y quedaron en 0.0 cero

Repiten las actividades del 28.0.1 al 28.0.13.

Y desde ya se observan atrasos en las actividades: con respecto a la reprogramación entregada

- RED DE SUMINISTRO PUNTO DE AGUA FRIA
- DEMOLICIONES DE OBRAS CIVILES: Conte parmanto de los item 17.01- al 17.0.20
- INSTALACIONES ELECTRICAS

Se le solicita al contratista que todo requerimiento tecnico sea solicitado por escrito a la interventoría.

Nancy Ayala
Residente Interventoría

COPYFAC

se le recomienda al contratista entregar los certificados de los ensayos de laboratorio de los cilindros a compresion de los elementos fundidos el dia 3 de enero debido a que la fecha ya cumplio los 7 dias de edad.
Teniendo encuenta los resultado de cilindros a compresion entregados por parte del contratista el dia 10 de enero del 2020 se encuentran por debajo de la curva requerida por el titulo C de la norma sismo resistente del 2010 "nsr10" tabla C.5.3.2.1 10 cual dice que para un concreto de 4000 psi se acepte un porcentaje minimo de 87.50% a los 28 dias o resistencia maxima, a la que concede los resultados entregados no es cierto si van a cumplir por lo tanto esta interventoria tendra encuenta para pagar este concreto cuando cumpla con lo anterior.

Se realiza la Prueba de cámaras en tuberia de 8ies de la red hidrosanitaria exterior existente, la cual conduce las aguas residuales hasta la red matriz Principal que se encuentra a la calle 11 sur. El Propósito de la Prueba es corroborar el trazado de la tubería, comparado con respecto a los planos de la red existente la cual muestra la tubería conectada a un pozo de la red Principal Para durante la Prueba realizada la mencionada se observó una tubería conectada a la inspeccionada mediante un accesorio (Y). Los resultados junto a su respectivo informe serán entregados a Interventoria el dia martes 14/01/2020 para ver los detalles.

Se realiza entrega a la Interventoria de los resultados de la fundición Vigas de cimentacion y zapatas (03/01/2020) a 7 dias; también la fundición de columnetas del dia 06/12/2019 con resultados a 7, 14 y 28 dias.

Alejandra Bolaños
Residente Obra

13 de enero del 2020: la interventoria arquitectura urbana 2020 realiza el recorrido de obra el cual evidencio el siguiente personal operativo en obra: 1 maestro general de obra civil, 1 maestro Hidrosanitario * personas realizan anclaje de acero de refuerzo, encofrado de columnetas 2 personas realizan retiro de muro para construir columnetas y viga

cinta en antepecho de ventanas área de producción, 2 personas realizan estuco y pintura, 2 personas realizan instalación de ventanas, 3 personas continúan con muñete, 3 personas realizan aseo general, componente Hidrosanitario: 4 personas realizan resanes e instalación de tubería red de suministro, componente electrico: 2 personas realizan demolición de muro para adecuación cuarto planta electrica, para un total de 28 personas. R

14 de Enero del 2020:

Profesional Ambiental: Se realiza recorrido alrededor de obra donde se realizan las siguientes observaciones, las cuales fueron socializadas al residente SST William Fonseca para que fueran subsanadas.

1) Realizar recolección de escombros en el sendero donde se ejecutaran actividades de acometida electrica subterranea.
2) Realizar la recolección de escombros en la zona de la planta eléctrica.
3) Programar recolección de residuos de construcción y demolición a través de volqueta autorizada.
4) Instalar señalización informativa, preventiva en zona exterior de la sede, ya que con la que se cuenta no es suficiente.
5) Realizar la señalización y cerramiento del punto de acopio temporal de madera, que se tiene en la zona verde de la sede.
6) Se requiere adquirir y exigir a los proveedores los elementos de protección personal (monogafas, guantes y tapabocas) en actividades de demolición.
7) Se requiere trasladar los residuos peligrosos de la sede para su disposición final, acorde a compromiso adquirido en el comité integral del 9 de enero del 2020.
8) Se solicita que al finalizar la jornada el personal realice la jornada de orden y aseo, y la mantengan en otra Diana Colorado Y.

PAC

15 de
Se real
Dias d

el di
se RV:

1 mues
de U.S.
realiza
muñete
demolic
instala
Person
2 Pers.
1 mue
de t
2 Pers
d. Vivero
Persona
Recom
incumpl
cumplin
incumpl
a la
escombra
columna

A la fe
aclarac
Las 2
dias
Se en
y el sup

15 de enero de 2020:
Se realiza entrega a la Interventoría de los resultados a 7, 14 y 28 días de la fundición del día 12/12/2019 (zapatas administración).

Alexander Gomez

el día de hoy en el recorrido de la interventoría se evidencio el siguiente personal:

1 maestro general, 2 personas realizan desencofrados de viga cinta de coronación antepecho de ventana, 3 personas realizan pañete en viga aerea, 2 personas realiza remate pañete en muro antepecho de ventanas, 1 persona realiza demolicion de placa de entrepiso, 2 personas continuan instalacion de adoquin en zona exterior costado sur, 2 personas realizan concreto de 3000psi para columnetas, 2 personas realizan enchape y pintura. componente hidraulico: 1 maestro hidrosanitario, 3 auxiliares realizan instalacion de tubesia red de suministro, componente electrico: 2 personas continuan con la demolicion de muro divisorio cuarto planta electrica, para un total 26 personas el dia de hoy.

Recomendaciones: se le recomienda al contratista incrementar el personal operativo de obra para dar cumplimiento a la programacion, la interventoria solita incrementar 50 personas en produccion para dar cumplimiento a la reprogramacion en las siguientes actividades: encamisetado de columnas y vigas, acero de refuerzo en columnas, concreto para columnas y vigas aereas.

A la fecha no se ha recibido la Solución y/o aclaración solicitada para la cimentación de las Zapatas. (25-27) consulta realizada en dias anteriores. esta actividad en produccion Se encuentra Suspendida. la interventoria, realizo el requerimiento y el supervisor de Contrato Ing Ronald Mauricio No ha dado respuesta.

1693

16/ Enero/ 2016

El día de hoy se registra Visita de la Entidad. la Subdirección. Dra. P , ..Funcionarios de la Imprenta, Supervisión del contrato, Interventoria y Contratista, Se realiza recorrido de Obra para verificar el estado de la Obra.
Se realiza Comité de Obra # 25; En el cual, el Arq Ronald Mauricio Rubio informe que 89 responde al correo que dio como solución mediante correo electrónico enviado por la interventoría el día 14 de enero del 2016 como asunto que el hallazgo encontrado en la cimentación Existente del muro M5, M6, M7 y M8 en los ejes el diseño la zapata tipo Z-5 y Z-7 el acceso de refuerzo un retorno continuos sin anclar según diseño en planos pero en obra se evidencio una viga donde el consultor "PYD" requiere ser demolida esa viga de cimentacion existente para que el acceso del cuerpo de los muros "M5, M6, M7, M8" sean desde la zapata.

Se solicita a la Interventoría dar el aval de proceder con la demolición de las vigas de cimentación encontradas en zapatas 25 y 27 (Muro M5, M6, M7 y M8). De igual manera se solicita nuevamente realizar un recorrido a obra entre todas las partes para definir el alcance de las actividades que se estan ejecutando como; pisos. internos, pisos externos, estucos internos e instalaciones eléctricas.
Definir el terminado del piso del corredor en la zona Administrativa, teniendo en cuenta que con la instalación de los cárcamos en ccto. para desagüe de A.LL cambian los niveles y es necesario demoler los pisos existentes.
Se solicita la entrega de las Baterías Sanitarias de la zona de Archivo, para poderlas intervenir dado que esta actividad de Redes. general esta generando atraso.

Alexandra B

COPYA PAC.

17-01-20 -> 17 de enero del 2020.
Se entrega para el 20-01-20 zona archivo para intervenir (por parte de la entidad).
La entidad solicita hacer un nuevo tratado para redes sanitarios, (ya que los existentes no) la entidad solicita que se cambie el recorrido de el diseño que hay en los planos AH'OS. Se citaron a los especialistas de los dos partes con el fin de que verifiquen si es posible hacer cambios en los diseños actuales.
La entidad solicita que de el baño de cafetería unicamente y deje el punto del lavamanos existente.
El Arq Mauricio solicita hacer apiques para verificar la red sanitaria existente.

Arq Ronal Mauricio Patiño
Residente Interventoría

Alejandra Bolaños
Residente Obra

---

el dia de hoy en interventoria en su recorrido de obra verifico el siguiente personal de obra que el contratista tiene el dia de hoy 17 de enero del 2020 el cual esta distribuido de la siguiente manera 1 maestro general, 3 personas realizan pañete en alcobas de ventanas 3 personas realizan pañete en varias area, 2 personas montaje de puertas y ventanas, 3 personas realizan corte y figurado de acero de refuerzo para cimentacion area de produccion, 2 personas realizan demolicion de muro de mamposteria en area administrativa segundo piso, 4 personas realizan aseo General en area administrativa, 2 personas realizan estuco y pintura en area administrativa planta primer y segundo nivel, componente hidrosanitario: 1 maestro hidrosanitario, 3 personas instalacion de red de suministro por agua fria y ensamble del mismo, componente electrico: 2 personas realizan adecuacion cuarto electrico, para un total de 25 personas el dia de hoy.

el dia de ayer 16 de enero del 2020 se realizo la prueba de estanqueidad baños mujeres planta primer nivel y el dia de hoy se verifico que se mantiene el nivel concluyendo que la tuberia quedo bien instalada, pero cabe recordarle al contratista de obra

que se debe realizar la prueba de estanqueidad del baño hombres planta primer nivel debido a que se realizaron actividades de resanes y otras que pueda dañar o afectar la red de le solicito al contratista volver a realizarla para verificarla la red nuevamente Dado costo de usted por que realizo un proceso indevido. de ejecucion en las otras actividades. — ○ — ○ — cabe recordarle que si en el restante de la fabricion de los diferentes espacios se ve afectada por el indevido ejecuccion de otra actividad se debe reparar el daño y nueva mente realizar las respectivas pruebas ya sea de estanqueidad o de presion bajo su costo y no sera en cuenta para el respectivo Pago.
a la fecha del dia de hoy 17 de enero del 2020 el contratista de obra no a entregado certificados de calidad, remision de materiales y fichas tecnicas de los materiales entregados ingresados durante la presente semana como tableta eross, tuberia, accesorios.

18-01-20
Una vez realizado el corrido en Obra, se observa el siguiente personal,
1 Instala pisos en cuarto de Velado, 1 Disco, Resane regatas en unidades sanitarios, 11 personas hacen aseo, ajustan andamios y escaleras,
3 Instalan red hidraulica Cto Velado
Piso 2: 1 En unidades sanitarias resanan regatos, 1 Aplica pañetes
1 Maestro general. El dia de hoy se observo ausencia de personal en la torre de Produccion para que ejecutara actividades como: Encampichado de Vigas - Retiro de pañetes en muro fachada - interior costado norte - Colocacion y armado de hierros en los Zapatas de el Cuarto de insumos. Se solicita incrementar mas personal para cumplir con los tiempos establecidos en la reprogramacion. Los solados de los excavaciones de las zapatas estan muy escasos de material se solicita mejorarlos.
Nancy Ayala
Residente Interventoria

30-Enero 2020
Se menciona a la Interventoria ge como contratista se estan en comite cumpliendo con la Programacion atendiendo todas las actividades programadas a la Fecha.
Alejandra V
PAC

20-01-20

Siendo las realizando el recorrido de obra por parte de la interventoría se evidencio el siguiente personal operativo en obra:
1 maestro general, 4 personas continuan con escarificacion de columnas, 2 personas continuan con escarificacion de vigas aereas, componente Hidrosanitario: 1 maestro general Hidrosanitario 3 personas continuan con demolicion de mochate baños mujeres planta primer nivel, 2 personas realizan aseo Area administrativa planta segundo nivel, 1 persona inicia prueba de presion tuberia red de suministro planta segundo nivel en unidades sanitarias hombres y mujeres, 4 personas continuan con demolicion de muro exterior costado sur, 2 personas realizan aseo en areas exteriores, 2 personas continuan con estuco y pintura area administrativa primer piso, para un total de 22 personas.

El dia 11 de enero de 2020 se realizo la inspeccion de la tuberia de la red de desagues existente de aguas combinadas "aguas negras y aguas lluvias" mediante camara de video con el objetivo de ubicar dicha red interna de la inspecta con la red principal ubicada en la calle 11 sur, lo cual hasta el dia de hoy no ha sido entregado ningun informe ni resultado alguno para continuar con las actividades de obra de la red de desagues generando atrazos.

Se le solicita al contratista entregar certificados de calidad o ficha tecnica de la tableta de acero que esta siendo instalada en la restauracion del piso anteriormente demolido, tambien hace falta resultados de cilindros del dia 3 de enero del 2020, del dia 26 de diciembre del 2019, dia 18 de diciembre del 2019 y dia 21 de diciembre del 2019 se le solicita y recomienda al contratista de obra incrementar personal de obra en la zona de produccion ya que no se evidencian personal en la actividad anotada de acceso en la cimentacion zapatas ZAP A y Z-4

Recorrido Ing Ronal Mauricio Rolido Apoyo Supervisión Contab. Ing Alejandra Rolanos Residente Obra. Ing Nancy Tejeda Residente Interventoría. En cuarto Kopar se define que los puntos hidraulicos quedaran igualmente instalados a los existentes.

Se decima que se hago la demolición de la viga existente entre zapatas Z5 y Z7. ARQ Mauricio Pulido.
La interventoría solicita entrega oficial de equipo hidroneumático desmontados
Nancy Rocio Ayala G.
Residente Interventoria

Alexander [illegible]
Residente técnico obra

Interventoria 730 2019 Arquitectura Urbana Ltda <

NuevoDocumento 2020-01-13 17.33.46.pdf

Ronald Mauricio Pulido Sierra <rmpulido@alcaldiabogota.gov.co>
Para: interventoria 730 2019 <contrato730.au@gmail.com>
Cc: Francisco Alfonso Soler Bejarano <fasoler@alcaldiabogota.gov.co>, Luz Angela <lagomez@alcaldiabogota.gov.co>, Julio Roberto Garzon Padilla <jrgarzon@alcaldi Constanza Cortés Mateus <nccortes@alcaldiabogota.gov.co>, Paola Andrea Salgac <pasalgado@alcaldiabogota.gov.co>

Buenos días señores ARQUITECTURA URBANA

De manera atenta nos permitimos remitir las subsanaciones a las observaciones e interventoria.

Lo anterior para continuar de acuerdo a las recomendaciones de la consultoria P

Obtener [illegible] para Android

From: RPM - PYD <[illegible]>
Sent: Thursday, January 16, 2020 10:10:09 AM
To: Ronald Mauricio Pulido Sierra <[illegible]>; 'smf' <[illegible]>
Cc: Francisco Alfonso Soler Bejarano <fasoler@alcaldiabogota.gov.co>; Luz <[illegible]>; Julio Roberto Garzon Padilla <jrgarzon Natalia Constanza Cortés Mateus <[illegible]>; plan <[illegible]>
Subject: RE: NuevoDocumento 2020-01-13 17.33.46.pdf

Código del Proyecto: C-2898
Nombre Proyecto: IMPRENTA DISTRITAL
Respuesta del correo del: 16-enero-2020

Cordial saludo Mauricio

Una vez revisado el tema de las vigas de concreto de 30x35c excavaciones realizadas en las zonas de las zapatas Z5 y Z7, a

epóxicos se va a tener interferencia entre los anclaj
superiores de la zapata (#5 @0.15c/c) con los anclaj
concreto (#4 @0.20c/c) lo cual no es aceptable teni
respetarian distancias mínimas entre anclajes por lo
capacidad que se requiere por diseño. Adicionalme
estos muros de concreto son los más importantes d
estructura de producción.

2. Para el proceso de demolición de las vigas de ci
recomendamos que se haga por etapas y que la est
manera adecuada y suficiente ya que el apuntalam
videos esta demasiado escaso. Igualmente la fundi
que hacerse en las mismas etapas de demolición d
proponer las etapas y nosotros las revisamos y ava

Cualquier aclaración con gusto la atenderemos

Atentamente,

20 PROYECTOS Y DISEÑOS S.A.S

Rubi Puerto Mojica

Director de Proyectos

PBX. (+571) 530 0660

www.vdi.com.co

De: Ronald Mauricio Pulido Sierra [mailto:rmpulido@alcaldiabogota.gov.co]
Enviado el: jueves, 16 de enero de 2020 08:40
Para: 'rpm'; smf; [illegible]
CC: Francisco Alfonso Soler Bejarano; Luz Angela Gómez Gómez; Julio Roberto Garzon Padilla; Natalia Constanza Cortés Mateus
Asunto: Fwd: NuevoDocumento 2020-01-13 17.33.46.pdf

Ing Rubi buenos días

Solicitó una reunión el día de mañana con la subsecretaría técnica para tratar temas de subsanaciones de observaciones.

Es importante tener la solución urgente

Gracias

Obtener [illegible]

[El texto citado está oculto]

Se realiza entrega a la interventoria de los siguientes documentos:

- Remición Viaje 7 m³ arena de Pozo.
- Remisión ladrillo tolete y bloque #5.
- Ficha técnica bloque #5. ✓
- Ficha técnica ladrillo tolete. ✓
- Cartilla acero figurado (3557 kg). ✓
- Declaración de conformidad de calidad acero. (3 folios) ✓
- Remisión bloque #4, caolin y tubería de Presión. ✓
- Certificado de calidad (Ficha técnica) bloque No. 4 ✓
- Ficha técnica caolin (2 Folios).
- Certificados de calidad tubería (elta (7 Folios).
- Remisión Salomina Rustica Roja 10 x 10 (tableta egipcia).
- Remisión tableta etrusca roja.
- Remisión tablón hoscilla.
- Remisión ladrillo enchape 1/4 26.
- Certificado de calidad enchape 1/4 26.
- Certificado de calidad tableta etrusca roja (Alfagres).
- Resultados a 14 días Vigas de Cimentación y tapatas (03/01/2020).
- Resultados a 28 días columnas tipo C-1 (21/12/2019).

Alejandra B
Residente técnico obra

21-01-20
En mi.

Martes 22 de enero del 2020. — o — o — o —

La interventoria arquitectura urbana CTDA realizando su recorrido evidencio el siguiente personal en obra: 1 maestro general / 4 personas realizan aseo / 2 personas arman andamio en zona de producción / 3 personas realizan amarre de acero de refuerzo en columnas tipo C11 en area producción 4 personas realizan demolicion de enchape en baños area administrativa segundo piso / 1 persona realiza resanego de bloque / 1 persona realiza construccion de muro de mamposteria antepecho de ventana / 3 personas realizan perforaciones para anclaje y amarre de acero de refuerzo en columnetas eje 1' entre ejes H-M / 3 personas realizan demolicion de andenes zonas externas costado sur y norte / componente Hidrosanitario: 1 maestro general / 2 personas realizan instalacion de tuberia bajante de aguas lluvias — o — o — o — o — o —

PAC

1701

- En planos de elementos no estructurales, de P&D no aparece reforzamiento estructural posterior a Cuarto Residuos Peligrosos RESPEL 7. Bajo la Ventana existente Eje 13 entre Ejes M y N.
- El Cuarto CTP se ubicara igual al que existia inicialmente en Zona frontal a administración Piso similar al existente El arq. Mauricio Rulido se encargara de (~~suministrar~~ ~~enchapes~~) tramitar por aparte los acabados del cuarto

- Cuarto Data Center: El Ing Mauricio Rulido, supervisor de apoyo. Solicita Pulir. y rematar paredes perimetrales al marco de Ventana, limpieza general, (montar vidrio, instalar puerta en vidrio, Seguridad pendiente hasta que se ingresen equipos del cuarto).
- Pendiente cronograma con fechas de entrega de tapas por parte de el Ing Mauricio Rulido Supervisor de apoyo del contrato para que el contratista pueda continuar y cumpla con la programación. Esta actividad se dispone una vez se verifique la programación
- Oficina Subdirección: PISO 2.
  Montar Vidrios, remates en piso.

- Oficina 1. Falta instalar Vidrios, actuar con el red electrica, mejorar ~~enchapes~~ remates en piso.
- Oficina 7. Falta montar vidrios, pintura, resanes.
- Cafeteria: Se desmonto recubrimiento en marmol, se desmonto el enchape existente. Solicitan ocupar muebles en formica existentes en cocina.
  Baños Mujeres: Cielo raso.
  Baño Hombres: Cielo raso.
  PISO 1
  Preferencia. Terminar de instalar pisos, montar Vidrios Pintar y resanar.
  CTP KODAK THERMAL: Pintura resanes, piso, limpieza de Ventanos, retirar maquina
  Cuarto Velando: Seco, montaje abrazaderas red 4"

COPIA FIEL

Teniendo en cuenta que en la zonas de archivo, no se ha podido ingresar por la existencia de archivos y materiales de obra guardados al interior de esta área, el Arq Mauricio Pulido Supervisor de apoyo del contrato, solicito hacer un apique según las indicaciones que el dio en sitio, con el fin de saber en que material están las redes sanitarias existentes. Hoy 21-01-20 se van a realizar estos apiques. Que se han el 22 de Enero
• Pintura, pañetes y acabados se harán en el interior de zonas.

Arq Mauricio Pulido
Supervisor Contrato.

Nancy Rocío Ayala.
Residente Interventoría

Arq Alejandra
Residente técnico

El día de hoy se registran 23 personas laborando no se presentaron 5 personas a trabajar por motivo del paro nacional. no se allegaron materiales a la obra y el personal se retiro a las 3:00 pm por motivo de manifestaciones que afectan la movilidad del personal obrero que vive en lugares afectados.

Alejandra

Adicionalmente también se menciona que se dio inicio a la demolición de enchape de piso y pared del los baños del 2do piso, actividad que fue solicitada el día de ayer por el supervisor del contrato Arq. Mauricio Pulido.
la interventoría aclara que desde el día 16-01-19 la Consultoría P&D emitio un concepto técnico mediante correo electronico con fecha 16-01-20 Hora 10:10 am el cual está anexado a la bitácora en el folio Nº 176-177-178. El cual debe de tenerse en cuenta para dar continuidad y celeridad a la obra. Y de esta manera se cumpla con la reprogramación presentada por el contratista en día 26-12-20.
Arq Nancy Ayala
Residente Interventoría

Miercoles 22 de enero del 2020) — o — ⌣ — —
La interventoria arquitectura urbana LTDA realizando su recorrido de obra: 1 maestro general / 4 personas realizan aseo / 2 personas realizan amarre de acero en colomnetas / 2 personas realizan corte y figurado de acero / 4 personas realizan demolicion de anden / 2 personas realizan transporte de escombros / 1 persona realiza demolicion de enchape cuarto area administrativa / 7 personas realizan amarre de acero de refuerzo / 1 persona realizo dintel para la puerta. / 2 personas realizan estuco y pintura en area administrativa. — o — — — — —
Se le recomienda al contratista entregar los resultados de ensayos de cilindros de compresion de los concretos vaciados los dias 18/12/ 26 de diciembre e igualmente los dias 3/~~enero~~ de enero del 2020.
Se le recomienda al contratista dejar todas las redes de desagues y red de distribucion de agua potable libres durante el transcurso de la ejecucion de las obras que puedan afectar estas redes asi se hubiese hecho varias pruebas de estanqueidad y de presion segun el caso para asi de esta manera ~~de manera~~ ica preventiva y mas facil de visualizar un daño causado. — o — o — —
se le recomienda al contratista que a diario sea retirando material producto de excavaciones para no crear en volumen el sitio autorizado
se le solicita al contratista

Se realiza entrega a la interventoria resultados a 28 dias de la fundicion del dia 18/12/2019. Se aclara a la Interventoria que los resultados de las fundiciones del 21/12/2019 y del 03/01/2020 fueron entregados el dia de ayer. El ensayo a compresion de la muestra a 28 dias del 26/12/2019 se realizara mañana 23/01/2020, que es cuando cumplirá su resistencia máxima. Igualmente, se realiza entrega de la remisión del cemento argos (x50 bultos) junto a su respectiva ficha técnica.

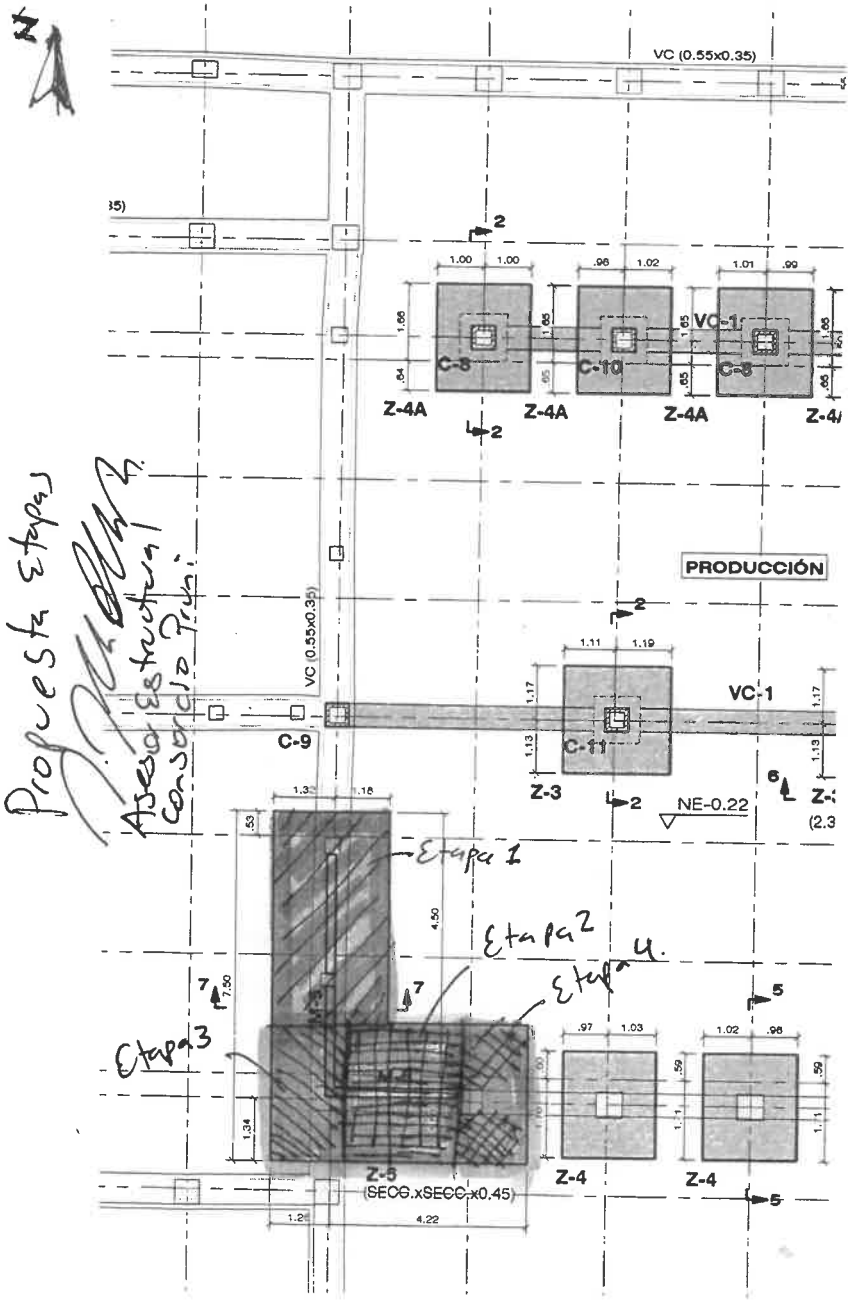
Alejandra
Residente técnica.

Miercoles, 22 de enero de 2020

Se hace visita a la obra y se atienda las siguientes consultas:

1. Zapata Z-5, Muros M5 y M6: se proponen las siguientes etapas, Primero, fundir el tramo del Muro M5 ya armado con la canalización de la columna intermedia propuesta en diseños y construir el tramo de viga sobre dicho muro y conectarla con la columna ubicada al norte de esta; segundo, llenar con concreto ciclopeo bajo la losa existente al sur del Muro M-6 y apuntalar dicha losa en concreto bajo esta losa existente; tercero, fundir la cimentación bajo el Muro M-6 y construir el muro M-6 sin demoler la columna de los ejes (3-K), para esta actividad se debe demoler la viga de cimentación existente por especificación de diseñador; Cuarto, se debe completar el Muro M-5 con su respectiva cimentación, así como el tramo de cimentación al oriente del Muro M6 terminando la construcción de zapata Z-5, Muros M5 y M6 y viga superior.
2. Zapata Z-7, Muros M-7 y M-8 y columna C13: se Proponen las siguientes etapas, Primero, apuntalar adecuadamente la fachada en madera mediante cerchas y parales; segundo, construir el cimiento y Muro entre los ejes 13 y 12, previa demolición de viga de cimentación, sin afectar la columna del eje (Q-12) tercero, construir Muro M-8 y su cimentación, previa demolición de viga de cimentación, sin afectar la columna del eje (Q-12), [redacted] Cuarto, intervenir la columna (Q-12) fundir el faltante del Muro M-7, sin afectar la columna C-13, incluyendo cimentación; Quinto, demoler y reconstruir la columna C-13 incluyendo su cimentación.
3. los estribos de las columnas se pueden hacer completos sin soldar, desde que sean cerrados y con ganchos a 135°.

Asesor estructural Consorcio Pruni



Propuesta Etapas
Asesoría Estructural
Consorcio Proyectar

Se solicita a la Interventoría dar aprobación a este procedimiento para poder dar inicio a las actividades de cimiento en este sector.

Adicionalmente se solicita dar aprobación a la ampliación de la excavación de las zapatas (Za) del eje 3. a 50 cm. para poder realizar la perforación de la viga de lado a lado.

PLAC

La interventoría aprueba la ampliación de la excavación de las zapatas (ZA) del eje 3. a .50 cm para ~~realizar~~ abrir espacio al taladro y realizar la colocación de los hierros.
Una vez hecho recorrido en obra entre interventoría y personal profesional del Contratista, en compañía del Arq Mauricio Rojas x dpine q' la entidad contratante requiere que las redes sanitarias existentes en pvc ubicadas en las unidades sanitarias de Cafetería de funcionarios y archivo, queden como están. (ya que en el apique que se realizo en sitio se observo que si son en pvc)
Por lo anteriormente descrito la interventoría solicita que a las redes existentes se les haga prueba de estanqueidad y presión con el fin de verificar que la redes existentes estan funcionando perfectamente.

el dia 23 de enero del 2020 el recorrido de la interventoria evidencio el siguiente personal de obra: 2 maestro generals 4 personas realizan amarre de acero de refuerzo en columnas tipo C11 y C12 y zapatas tipo Z-4 area de produccion, 4 personas realizan aseo, 3 personas realizan encofrado de columnetas en muros de antepecho de ventanas, 4 personas realizan relleno en recebo para conformar piso en andenes costado sur y occidente, 2 personas realizan trasiego de material proveniente de excavaciones y demoliciones de la cimentacion area de produccion, 2 personas realizan pañete estuco y pintura area administrativa, componente Hidrosanitario 2 maestro generals, 2 personas realizan Instalacion de tuberia de desagües, componente electrico, 2 personas son electricas para un total de 32 personas el dia hoy.

Se realiza entrega a la interventoria de los siguientes documen
- Reporte de calidad Malla electrosoldada.
- Reporte de calidad Grafil (D 6.0).
- Remision acero.
- Reporte de calidad acero #4 y #5.
- Reporte de calidad acero #3.
- Reporte de calidad acero #5 y #6.
- Reporte de calidad alambre negro.
- Ficha técnica abrazaderas.
-

Retarda Blanos +.

24-01-20

Se solicita nuevamente explicar los columpios en la parte superior en zona de producción
En cuarto KODAK proteger redes hidraulicas puestas. Los estan tapando con muebles interna para trabajar con paneles.
En el extremo donde se unen los cajas de inspección con el carcamo prefabricado se observo una esquina del canal del carcamo sin punta, se requiere nuevamente q' x cambio de lo contario no prestara su función constructiva.
el dia de hoy en el recorrido de la interventoría se evidencio el siguiente personal: 1 maestro general, 4 personas realizan anarre de acero de refuerzo en columnas tipo C11 y C12 y zapatas tipo Z4 area de producción, 4 personas realizan aseo, 3 personas realizan encofrado de columnetas en muros de antepecho de ventanas, 4 personas realizan ~~retapo~~ en recebo para conformar piso en anden costado sur y occidente, 2 personas realizan encofrado de vigas aereas, 2 personas realizan traslado de material producto de Excavación, 2 personas continuan con la actividad estuco y pintura area administrativa, 2 personas realizan instalación tuberia red de suministro area administrativa, 1 maestro Hidrosanitario componente electrico. 2 personas electricas para un total de 32 personas el dia de hoy

PAC

Se realiza entrega a la interventoría de resultados del ensayo de resistencia a compresión del día 22/12/2019 a 28 días, y de la fundición del día 07/01/2020 a 14 días.

Alejandra Polanco

En recorrido de las instalaciones hidrosanitarias se encuentra lo siguiente:

1. Se solicita al diseñador validar una conversión de la red de desagües de baño del edificio #2 ya que verificando en campo la propuesta presentada en planos no es viable técnicamente porque los niveles no coinciden. Se propone hacer la conversión de aguas residuales a la caja ubicada en el costado norte de edificio #1, esta acción involucra subir el nivel del piso del baño 30 cm. y hacer un pase sanitario de 4" para atravesar la viga del edificio #2 además de hacer las modificaciones en la rampa de acceso al edificio #2 como la zona de adoquín. La segunda opción es llevar el tubo sanitario al 0,5% desde el baño de edificio #2 hasta la caja ubicada en el acceso a la cancha de futbol.
2. Para el edificio #3 se solicita validar el cambio de recorrido de la red de desagüe por un trazo perimetral por la zona verde y hacer la conexión a la caja propuesta en la zona de circulación, el mismo planteamiento aplica para la red de suministro.
3. Validar con la entidad la construcción del baño a la recepción del edificio #3.
4. Validar con la entidad el manejo de las aguas lluvias del edificio #3 ya que en planos no se describe modificación para el recorrido se entiende que la tubería se encuentra taponada y las aguas lluvias son descargadas a la zona verde perimetral en riesgo la inundación del edificio #3.

Hidrosanitario

1709

EN RELACION AL TEMA ESTRUCTURAL, SE APRUEBA LA PROPUESTA DEL ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS DEL CONTRATISTA DE OBRA PARA LA CIMENTACION Y MUROS DE LA ZAPATA Z5.

PARA LA ZAPATA Z7, TENIENDO EN CUENTA QUE LA PANTALLA O MURO M7 NO PUEDE CONTINUAR SIN QUE SE DEMUELA PARTE DEL MACHON QUE INTERCEPTA A M7 CON M8, SE CONSIDERA CONVENIENTE APUNTALAR LA CERCHA Y LAS CORREAS Y DEMOLER COMPLETAMENTE LOS MACHONES Y CIMIENTOS EXISTENTES Y CONSTRUIR NUEVOS TODOS LOS ELEMENTOS/

LUIS HERNAN MAHECHA

ESP ESTRUCTURAL INTERVENTORIA.

Se realiza entrega a la Interventoria de los siguientes documentos
· Remisión Sikadur 32 (6 unidades).
· Ficha tecnica Sikadur 32.

Mejorada

24-01-2020 Se realiza recorrido de obra en compañía del profesional SST del contratista William Fonseca donde se evidencia que el personal se encuentra realizando labores de orden y aseo, se solicita mantener la obra siempre en estas condiciones de aseo. Se evidencio personal que esta trabajando en los baterias de baños de la zona de administracion esta realizando mezclado de cemento para fundir los pisos no estan cubriendo el area con plastico para evitar daños el vaciado.
- Se realiza acompañamiento a los profesionales especializado de estructura Ing Hernan Maecha. Ingeniera electrica Paola Reyes por parte de la Interventoria Arquitectura Urbana. dejando en la Bitacora de obra sus respectivas recomendaciones. Se le solicita al profesional William Fonseca realizar acompañamiento permanente en la

COPIA

actividades de obra. Inspector de Interventoría SST Arquitectura Urbana. Juan Carlos Bucheli

Nuevamente se le solicita en obra ~~esta~~ ~~estan~~ ~~recordarle~~ en obra q' se haga una especificación uniforme tanto en la parte inferior como la superior de todas las columnas en la zona de producción.

25-01-20
Nuevamente se solicita hacer una especificación uniforme en toda la columna tanto en la parte inferior como en la superior de todas las columnas en el área de producción.

25-01-2020 Se realiza recorrido de obra por parte del inspector de la Interventoría Arquitectura Urbana en el área de Salud y Seguridad en el Trabajo. se realiza acompañamiento en la Ruta de andenes costado Sur de la empresa distrital., se revisa la documentación del traslado del personal de el contratista Olmos a la empresa Piuni Sede y donde se verifica la falta de examenes medicos de ingreso el cual informo el profesional SST del contratista William Fonseca y la residente de obra Alejandra Bolaños que el dia miercoles 29 de enero de 2020 entrega los examenes medicos en su totalidad.- Se solicita al profesional SST William Fonseca realizar acompañamiento permanente en las actividades que se estan realizando en obra. Inspector Juan Carlos Bucheli SST Interventoria Arquitectura Urbana

en el dia de hoy en el recorrido que realizo la interventoria se evidencio el siguiente personal de obra: ~~en~~ ~~dia~~ / / / / / 1 maestro general, 3 oficiales urbanismo, 2 ayudantes en urbanismo 5 oficiales ~~Es~~ caracterizando columnas, 5 personas aseo zona de refuerzo, 2 oficiales excavacion, 3 personas haciendo aseo, 2 oficiales construyen alferia, 4 Hidraulicos, 3 ayudantes realizan transporte de material, 1 residente de obra 1 residente SST

27-01-20. El supervisor del Contrato Francisco Soler solicita en obra: Según recorrido realizado en obra desde las 10:00 am la apoyo a supervisión del contrato Ronald Mauricio Pulido aclara que los puntos de suministro y desagües en la bodega ejes: Q y 14 no se requieren y por lo tanto no se van a construir.

- Para solucionar los desagües del edificio 2 se construirá la red por la zona Verde de forma independiente sobre la capa en perfil de la concha

- Es viable para los desagües del edificio 3 es viable ~~con~~ Invertir la dirección de los desagües a la zona exterior y construir el colector paralelo a la pantalla hasta la capa existente

- Para solucionar los desagües de aguas lluvias se construirá un colector colgante en el exterior del edificio N°3 el cual saldrá del límite del predio por el costado Sur. al andén de la calle 11 Sur.

Francisco Javier Soler
Arq. Residente.
Esp. Hidrosanitario

- Una vez hecha la inspección en sitio el cuarto KODAK el instalador desplazo la procesadora "KODAK" 1,20m la cual estaba para poder cambiar el recorrido de ductos de desagüe de agua y poder sacar la manguera de aire. Se ubico en un sitio estrategico para poder dar ruta al desagüe por anterior se hizo por recomendación del instalador y la entidad Contratante. la salida del desagüe va a la caja retorno de química

Supervisor. Francisco Soler. y Arq Mauricio Pulido para el Supervisor Contrato.

Ing. Disgpal Inst. Instalador Dispensers.

PAC.

Se recomienda colocar tubería del aire en Polipropileno de alta densidad, de media pulgada, esté tubería No se debe enviar por el piso sino soportada Bajo la Placa, el Cuarto del compresor debe estar bien encerrado para que no se condense el aire por el "frío".

Luis F. Hernandez Ing Soporte tecnico Dispapeles.

Se realiza entrega a la interventoría de las remisiones de concreto para zapatas y vigas de cimentación (6,50 m³) y columnas y muro en el área de Producción (6,25 m³) Fundidos el día de hoy 27/01/2020.

Alejandra Bermúdez.

Asistencia de Personal a la obra

1 Maestro general
3 Personas hacen porta para descargue de Concreto.
4 Personas realizan aseo
3 Personas continuan con armarie de Acero
2 Personas inician con perforaciones para anclaje Viga superior.
3 personas realizan demolición de anden costado sur
2 Personas continúan con estuco y pintura area administrativa
3 Personas arman andamio para fundir concreto

COMPONENTE HIDRO SANITARIO

1. Maestro.
2 Ayudantes continuan con excavaciones para tanque de recolección de lavado de rodillo en area de producción.

Para un total de 24 personas laborando en la Obra. //

Se le recomienda al contratista Incrementar personal para realizar actividades electricas en el cuarto electrico y sus estaciones para la elevacion del transformador. — o — o — o — o — —

Se le recomienda al contratista consorcio Isuni sete oq que para realizar las diferentes pruebas de estanqueidad y presion se realice en compañia de la interventoria para llevar un registro del procedimiento ejecutado para su viabilidad. — o — o — —

Se le solicita al contratista que para concretos elaborados en obra la dosificacion de los agregados sean por metro de balde. — — o — —

28-01-20

En recorrido de Obra entre las partes
Ing Mauricio Pulido Apoyo Supervisión Contrato
Ing Nancy Ayala Residente de Interventoría
Ing Juan José Ing. Tecnico Obra Civil
Ing Jairo Jaramillo (Diseñador)

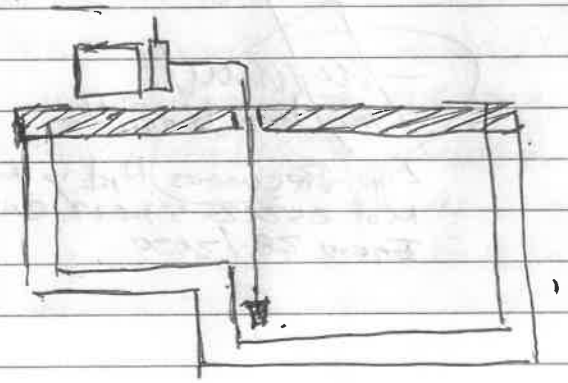
Para las unidades sanitarias existentes. en Edificio 3 únicamente se acondicionará ventilación en los puntos existentes.
- En El diseño inicial hidrosanitario se cruzara por fuera de la edificación para no intervenir el interior de la edificación.
- Para la red de aguas lluvias se irá adosada a la pared de fachada sobre costado Oriental (Obra Este) la salida será a la caja Nº 1 Plano HSE-2 De 5. Anexo Plano -

Se eliminara ~~parte de bancas~~ el baño de el edificio Nº 4.
En el Edificio Nº 2., el Arquitecto Mauricio Pulido Apoyo a supervisión del contrato confirmara esta remoza y se elimina el baño existente.

1. Edificio 3. (Archivo).
1.1. Se rediseñan los baños interiores, con desagüe al exterior teniendo en la cuenta que se elimino el baño de radicación.
1.2. Se debe construir colector enterrado de aguas lluvias para recoger las 5 bajantes indicadas, con descarga a vía segun niveles.
1.3. Red. de agua potable, se autoriza modificación de trazado por el exterior, por disposición de espacio en obra.

2. Caja recolectora de quimicos.
- Se modifica diseño de caja, atendiendo posible inundación del espacio provisto para alojar la bomba, la solución consiste en instalar la.

bomba sobre placa de tapa de tanque.



3. Edificio 4.
Se elimina caja, teniendo en la cuenta que el baño será eliminado, sin servicio.

4. Edificio 1
Se elimina punto sanitario desagüe ϕ4" y punto hidráulico llave manguera y tubería alcantarillado PVC. de cuarto basuras a caja de inspección, por cambio de uso del espacio

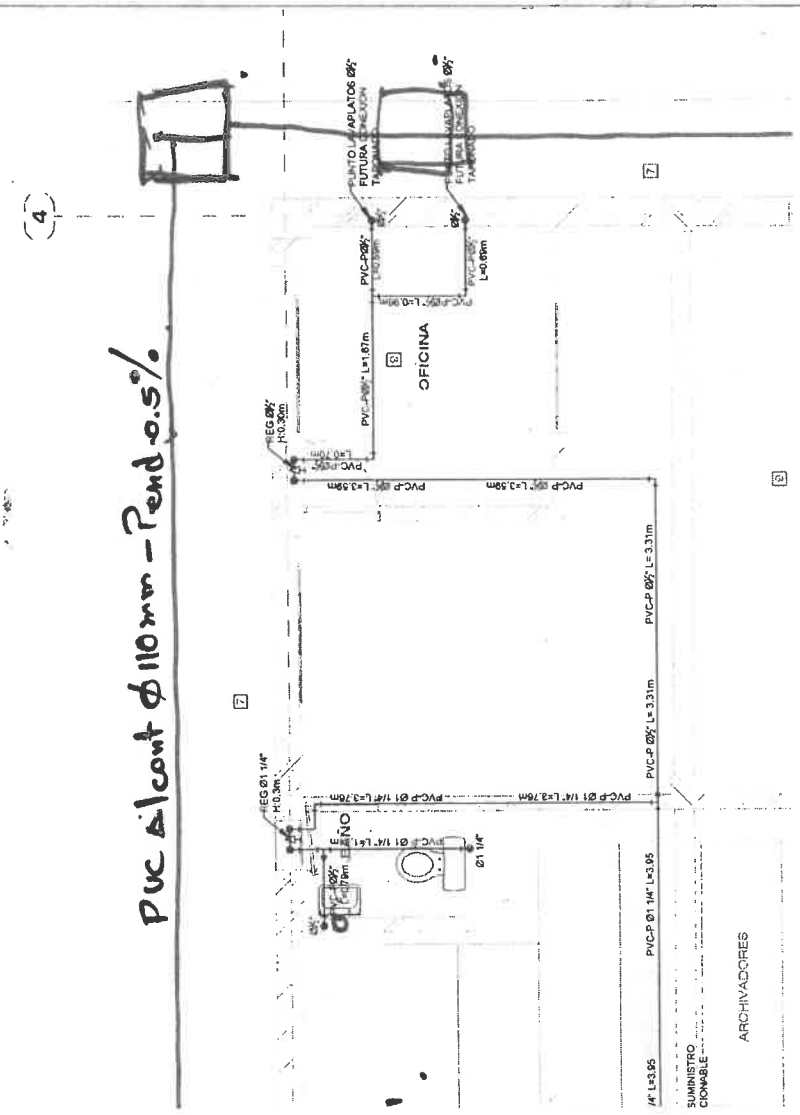
5. Edificio 2.
Se verifican niveles y la imposibilidad de conexión del baño existente por lo que se sugiere:
5.1. Eliminación permanente de batería Sanitaria teniendo en la cuenta que los baños previstos cumplen la demanda de la imprenta.
5.2. En caso contrario se debe construir colector en tubería PVC alcantarillado ϕ 110 mm y pend 0.5% hasta caja ubicada al costado medio de la concha multiple actual.
El supervisor del contrato opta por solución 5.1 eliminación permanente de batería.

6. Domiciliaria aguas negras
Ante la imposibilidad de verificar cruce entre tubería de gres existente con muro de cerramiento, se verificará topografía para su localización y

P.C

posterior construcción de red según diseño

Ing Jairo Jaramillo
Esp. Recursos Hid y Medio Amb
Mat 25202-57469 CND
Enero 28/2020



Se rea
obra
29-01
en el
inspec
- Se ve
en alte
en las
con la
se en
Urbana
La in
de obr
2 mae
para
ecuacio
de en
5 pase
segundo
demolic
con
impreso
se le
realizar
con ac
se le
de cota
para s
ensayo
no se
se le
ecuaciones

Se realiza entrega a la interventoria de la remisión de concreto llegado a obra el día de hoy (80 bultas).

29-01-2020. Se realiza recorrido de obra en la Inspección Distrital con el profesional del contratista SST William Fonseca, se realiza inspección a los elementos de emergencia (camilla, botiquín, extintor - Se revisa y verifica la elaboración de los permisos de trabajo en altura y los ATS - Se solicita mantener la señalización en las áreas de trabajo - Se solicita al profesional SST del contratista William Fonseca realizar acompañamiento permanente en todas las actividades de obra. Inspector de Arquitectura Urbana SST Juan Carlos Bucéfalo

La interventoria arquitectura urbana LIDA en su recorrido de obra evidencia el siguiente personal: 2 maestro general, 2 maestro Hidrosanitario / 2 persona realiza perforaciones para anclajes. / 3 personas continuan con armado de acero de refuerzo en zapatas T.1a 2-4 / 5 personas continuan despuntalimiento de encofrado de columnas y muro. / 3 personas realizan asco. / 5 personas realiza / 2 personas continuan con estuco y pintura plan segundo nivel area administrativa. / 2 personas continuan con demolicion de muro para construir columnetas / 2 personas continuan con instalacion de tuberia desagüe lavado de rodillo de maquinaria para un total de 28 personas el dia de hoy.

se le recomienda al contratista que todo concreto vaciado se debe realizar su respectivo curado durante los primeros 7 dias de edad con agua de 4 a 5 veces al dia. — o — o — o — o — o — —

se le recomienda al contratista que toda prueba o ensayo de estanqueidad, presion o otra debe ser en compañia de la interventoria para realizarla y llevar un registro fotografico del procedimiento del ensayo o prueba, toda prueba o ensayo que no se realize en compañia no se tendra en cuenta para su pago.

se le solicita al contratista de obra entregar su propuesta de diseño del reforzamiento del foso a utilizar para el sistema del ascensor ppl.

28/01/2020

El día de hoy se continúa con diferentes actividades en zona de producción, como desencofrado de muros y columnas, se realiza el respectivo curado de los elementos. Se continua con los anclajes de columnas, amarre de hierro en elementos No estructurales en bajos y producción escarificación de vigas aéreas, escarificación de paredes. Se realizó la demolición del primer tramo de viga de cimentación donde iba el muro M7, se realizó el respectivo apuntalamiento, se realizó la demolición de pisos en Bodega para ejecutar la placa de tanques solicitada por Hidrinco.
Hasta el día de ayer se estuvo pendiente con el proveedor de la máquina Kobelco sobre el respectivo desmonte de la maquina.
Se solicita definir cuando se hara. la entrega del cuarto de bombas teniendo en cuenta que las bombas tapo. lapicero ya se encuentran en obra y la tubería ya fue instalada hasta el tanque. Esta actividad presenta atraso pero no ha podido ejecutar por falta de definición
De igual manera hasta el día de hoy se pudo llevar a cabo reunión con consultoria para definir todos los puntos que estaban sin resolver y por el cual no se habian podido ejecutar las actividades. Se menciona que todas estas actividades presentan atraso dentro de la programación pero no son imputables al contratista por falta de definición.

Se registra que por parte de la Entidad se esta realizando el retiro de papel de la Bodega principal, para que se tenga encuenta que como contratistas no tenemos responsabilidad del retiro de esos insumos.

Alejandra BF
Residente Técnico

29/01/2020

El dia de hoy se registran las diferentes actividades

Miercoles 29 de enero de 2020

en el recorrido que realizo la interventoria ~~[illegible]~~ arquitectura urbana (ton evidencio el siguiente personal operativo: 1 maestro general / 2 personas inician con el primer tramo de demolicion de viga de cimentacion en zapata 27 / 3 personas realizan asco / 1 persona realiza corte y figurado de acero / 1 persona realiza demolicion de enchape / 2 personas continuan con estuco y pintura area administrativa segundo nivel. / 4 personas realizan perforaciones, anclajes y amarre de acero de refuerzo en columnetas y vigas de coronacion. / 4 personas realizan vaciado en concreto de 3000 psi en muro perimetral costado sur-oriente. / 5 personas realizan amarre de de acero en columnas tipo C8 y C1 / 2 personas realizan excavaciones en aceras exteriores para red de suministro de agua potable / 1 maestro general para un total de 25 personas el dia de hoy.

se le recomienda al contratista que todo concreto vaciado debe ser curado debidamente durante los primeros 7 dias de edad en este caso se debe aplicar agua de 4 a 5 veces al dia para no permitir la deshidratacion del concreto y de esta manera garantizar su fraguado y resistencia final sea la requerida de 3000 lsi o 4000 lsi.

se le recomienda al contratista entregar resultados de cilindros de compresion que ya han cumplido la edad ya sea de 7, 14 o 28 dias estan pendientes los dias 3, y 16 de enero del 2020.

Chivet, Fallados los cilindros de esto se realizará la entrega delos resultados como se ha realizado juiciosamente a la fecha.

Alejandra BF

1719

Jueves 30 de enero 2020: — o — o — o — o — o — c —

el recorrido de obra que realiza la interventoria arquitectura urbana se evidencio el siguiente personal de obra: 1 maestro general / 1 maestro hidrosanitario / 8 personas realizan amarre y figurado de acero area de produccion 3 personas continuan con la instalacion de malla electrosoldada / 2 personas realiza demolicion de viga de cimentacion en zapata Z-7 / 3 personas continuan con vaciado de concreto en placa reticular / 2 personas realizan restitucion de acabado de piso. / 3 personas realizan encofrado de columnetas en area de produccion / 3 personas realizan aseo / 2 personas continuan con estuco y pintura / 2 personas realizan instalacion de derivaciones de 2" y 4" para red de desagues / 2 personas realizan instalacion de canaleta para un total de 30 personas el dia de hoy.

Aclaración nota pagina 1º 174: De la Arq. Alejandra Polanía:
Se aclara que el día 18 de enero de 2020 no fue atendida la observación hecha en sitio, ya que el día mencionado a las 11:04 am, no se observo personal durante en producción:
Cuarto de producción: Fachada costado Norte zona interna: No estaban manipulando muros.
Bodega general: No había personal escarificando viga superior a muro de cierre interno.
Bodega de insumos: No habría personal interviniendo en la zapatas existentes en esta zona, Z4A. Además no había material suficiente para arrancar en obra.
El dia de hoy se dio inicio a la actividad de picado de muro en sitio para reforzamiento de muros antepecho de ventanas area de producción lo cual dicho concreto cuse con resistencia de 12.5 mpa (1780psi) lo cual es importante tomar ensayos de compresión de dicho mortero para verificar y constatar la resistencia requerida. y de esta manera ser laga.
Esta interventoría desde ya solicita una planeación de la actividad:
2.7.05 Remplazo elementos de madera deteriorados
2.7.06 Aseo y colocación de inmunizante en la madera
Con el fin de aclarar que la conversación que la Arq. Nancy Ayala Residente de interventoría sostuvo con el proveedor de el inmunizante para madera, quién asistió a la obra el miercoles 29 de enero a las 4:00 pm, y dijo que:
El proceso completo del cambio de secciones de madera

en mal estado y la aplicación del inmunizante podría llevarse un tiempo de 2 meses). Teniendo en cuenta que llevamos trabajo ubicado en dormitorios y secciones en la zona de producción así como está en este momento (el personal de obra fundiendo columnas y zapatas - mas la maquinaria existente de Imprentó). Además hizo la claridad de que así este este estado podían dar inicio a la actividad en mención.

Señores Interventoría nuevamente se les reitera que dentro de la programación en curso aprobada el 9 de Enero, ninguna actividad de Estructura esta en atraso. las actividades como redes hidrosanitarias y cimentación en zona de Producción presentan atrasos pero no es Imputable al contratista. y se le recuerda que apartir del 20 de Enero se incremento personal de obra para abarcar todas las actividades que están dentro de la programación.

// // Alejandra

Viernes. 31 de Enero.

Para el día de hoy se continúan con diferentes actividades correspondientes a:

Zona Administrativa: Enlucios y pinturas en segunda mano de 1er y 2do piso, se inicia con la reinstalación de canaleta métalica de 12x8 en oficinas de 2do piso, se continua con la instalación de piso 4/26 en anden perimetral, emboquillado de piso interno en área de Bodega.

Zona Producción. Se realizan pañetes de muros de 5cm en antepechos de Ventanas, instalación de malla electrosoldada, fundición de Vigas cintas.

Se continua con el armado de hierro de Columnas y anclajes. y se inicia el encofrado de las columnas, se continua con la perforación de viga en ciclopeo

de Zapata Z4 Eje donde se corrobora que el rendimiento para estas perforaciones es poco, debido a que el material (Piedra) es muy duro y no permite el paso de la broca, Actividad que ha generado un sobre costo en los materiales y Equipos utilizados.
Se continúa con escarificación de Vigas aéreas demolición de muro horizontal para Viga V1 en Bodega.

Se solicita nuevamente fecha de la Entrega del cuarto de Bombas para poder realizar la instalación de las Bombas tipo tapiceo que ya se encuentran en Obra desde el 26 de Diciembre 2019.

Alejandra B.

Sábado, 01 de Febrero 2020
El día de hoy se registran las siguientes. actividades.
Se inicia con la fundición de las columnas en Zona de Producción. Ejes 11 entre O-P, Eje 7 entre ejes O-S Columnas Tipo C8-C9-C10.
Se continúa con la escarificación de Vigas aéreas VG3 - VG1.
Se realiza el curado del concreto de las columnas y Muros fundidas en días anteriores, se realiza compactación de Relleno en Recebo B600. en zona de zapatas y Vigas de Cimentación.
Se continúa con pomote estructural de 5 cm, en zona de producción.
Se continúa con reinstalación de Conduleto Metálica de 12x8. y reinstalación de cableado en 2do piso Administración.
Se continúa con instalación de piso 4/.25 en zona Exterior Andén.
Se solicita a la Interventoría resolver en que material debe terminal el muro nuevo de Archivo.

Alejandra B.

CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION

- inicia adecuacion de Area en adoquin ecologico, la cual fue afectada por el ingreso de manlift al monolito para la instalacion de luminarias, consiste en retirar adoquines afectados y conformar nuevamente su estructura ya que presenta hundimientos.

Interventoria

31-12-2019 Se realiza recorrido de obra por parte del Inspector SST de Interventoria Urbana LTDA. no se encuentra ninguna novedad de seguridad Industrial, se relaciona el siguiente personal 1-oficial y 1- Ayudante en la reconstruccion del sendero peatonal que conduce al monolitico, para cambio de adoquines, 1- ayudante de obra para estabilizar el Tubo de 36" con madera rolliza, un operario de la retroexcavadora. una residente del contratista y una auxiliar SST. del contratista Inspector de Interventoria Arquitectura Urbana Juan Carlos Bu... Interventoria.

01-01-2020 Dia Festivo No se trabajó

02-01-2020

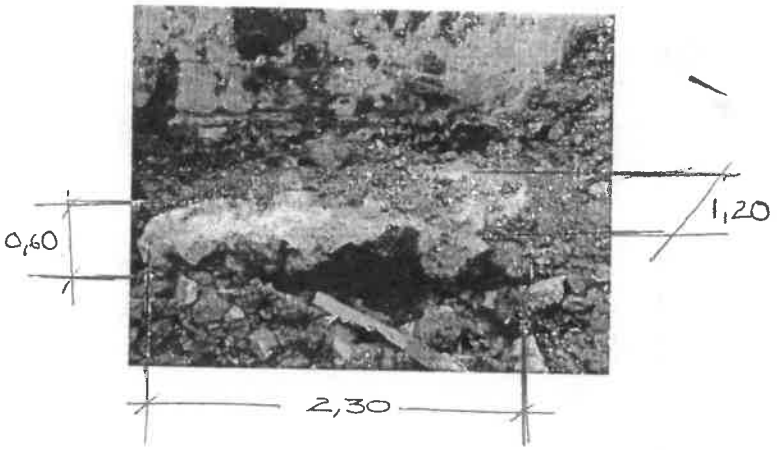
Se evidencia el siguiente personal operativo en obra:
1 Oficial + 1 Ayudante en retiro de adoquin reconstrucción sendero
2 Ayudantes en reparaciones en el auditorio
1 Operario de retroexcavadora + 1 ayudante en excavación mecanica para filtro perimetral
Para un total de seis (6) personas.
02-1-2020. Se realiza recorrido de obra por parte del inspector de Interventoria Arquitectura Urbana LTDA en compañia de la profesional SST del contratista Tania Romero se evidencia Trabajos en las excavaciones del costado Oriental y Occidental, no presenta ninguna inconformidad, Tambien se evidencia Trabajos en el cielo raso del auditorio, se evidencia que los permisos de Trabajos en altura estan Tramitados y Firmados por el personal. Inspecta SST Juan Carlos Bucheón

4 ENE
- A PA
VADO
LOS
ALTEI
DE 7
- CAI
FINA
EN T
- SE
4 2
INTER
CENT
ING.
BUEN
LOS
DE
SE
4 L
UNA
TEC
- EN
LA
INICI
APAR
EL
EL
- SE
DIA
DE
- EL
DEC
MONC
4 DE
ESTAD

4 ENERO/20

- A PARTIR DEL 2 DE ENERO SOLO TRABAJARA UNA RETROEXCAVADORA, YA QUE POR ESPACIO NO ES POSIBLE MANTENER LOS DOS EQUIPOS. LA RETROEXCAVADORA TRABAJARA ALTERNADAMENTE EN LAS ETAPAS 2, 4 Y 5 DE CONSTRUCCION DE FILTRO.
- CAMBIO TOTAL DE LAMINAS DE CIELO RASO EN AUDITORIO FINALIZADO 3 ENERO DE 2020, SE REALIZARA INTERVENCION EN TARIMA Y CORREDOR ENTRE EL 4 Y 6 DE ENERO.
- SE REALIZO PRUEBAS A EQUIPOS DE AUDIO (2 BUFFER Y 2 PARLANTES TRASEROS. EN PRESENCIA DE INTERVENTORIA, APOYO A LA ENTIDAD Y SUPERVISOR CENTRO DEMEMORIA, Y EN ACOMPAÑAMIENTO DEL ING. DE LA ALCALDIA PARA VERIFICACION DE BUEN FUNCIONAMIENTO POSTERIOR A MANTENIMIENTO. LOS CUALES NO EVIDENCIARON DAÑOS E INGRESO DE HUMEDAD. LAS FALLAS EN BUFFER DERECHO SE PRESENTARON POR FALTA DE MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA LA CUAL SE DEBE REALIZAR MINIMO UNA VEZ AL AÑO POR RECOMENDACION DEL TECNICO GIOVANI PANQUEVA.
- EN COMITE DEL 26 DE DICIEMBRE SE INFORMO QUE LA ACTIVIDAD DE IMPERMEABILIZACION DE CANALETAS INICIARA LA PREPARACION Y LOGISTICA DE APLICACION APARTIR DEL 8 DE ENERO DEL 2020 DEBIDO A QUE EL PERSONAL DE SIKA SALE DE VACACIONES HASTA EL 7 DE ENERO DE 2020.
- SE REALIZA RELLENO DE PROTECCION TUBERIA 4" EL DIA 2 DE ENERO QUEDANDO PENDIENTE LA CAPA DE ARENA.
- EL DIA DE HOY SE INICIA ACTIVIDAD DE MONTAJE DE CIELO RASO EN PUNTO FIJO, BAÑO Y HALL EN MONOLITO. SE ARMA ANDAMIO, SE REALIZA LIMPIEZA Y DESMONTE DE PERFILERIA Y TORNILLERIA EN MAL ESTADO. MATERIAL, LAMINAS DE YESO EN OBRA.

-SE REALIZA DEMOLICION DE CONCRETO ENCONTRADO EN ETAPA 3 DE EXCAVACION DE MEDIDAS INICIALES APROX. LARGO 2,30, ANCHO 1,20 Y PROFUNDIDAD INICIAL 0,60 MTS





07 (diciembre) Enero 2020 Tema Electrico.
Nota 1. Continua pendiente la subsanaciones de las observaciones para los planos de control de los espejos de Agua.
Nota 2. Continua pendiente plano firma de ajuste de puesta a tierra.
Nota 3. Se solicita el documento de la configuración de los 12 puntos de Voz-Datos que fueron remplazados..
Nota 4. La configuración de lo switch esta pendiente hasta despues del 15 de enero porque depende de la configuración de OTICs
Notas. Pendiente de entrega de l disco duro con

su respectiva garantia y certificado de calidad.
Nota 6. Mantenimiento de Domo, prueba piloto, se realiza la revision con personal exclusivo en camaras y se inicia el dia de hoy con esa actividad., se solicita un informe de revisión de cada camara. ✓
Nota 6. se esta ejecutando la instalacion del cable HMDI en las 3 aulas.'
Nota 7. se evidencia el cambio total de las luminarias en el Monolito.
Nota 8. Continua pendiente la marcacion de switch hasta que OTIC entregue las especificaciones.
Nota 9. Pendiente de instalacion de parlantes.
Nota 10. Pendiente la instalacion de las 44 ojos de Buey en la escalera costado Norte, depende de obra civil.
Nota 11. se debe generar un NP para las tapas en lamina de alfajor.
Nota 12. continua pendiente entrega final del informe del DUR. ✓ Ing. electricista Interventoria

Nota 13. Falta terminar marquillas en tomas corrientes., sotano y emisora.
Nota 14. Revisión: 1) tomas ocyuladas (~~prsa~~) sotano cuarto de Rack 2) Revision cinta led Auditorio 3) Revisión de luminarias en techo sin funcionar en aud. Lucio 4) Pendiente verificar el plano de voz-Datos) 5) Instalar organizador e instalar Rack. para dejar organizado el cable 6) se solicita colocar marquilla de peligro sobre el deck para evidenciar los tableros y tomas tapados.
Nota 15. En revisión de presupuesto se evalua y evidencia que se eliminan del presupuesto los siguientes item porque no se ejecutaron. 2.5.23, 2.7.3, 2.8.1.1, 2.8.1.11, 2.8.1.13, 2.8.1.18.

PAC 1727

Nota 16. En recorrido de obra se evidencia la necesidad de poner en funcionamiento el Rack del cuarto electrico y se evalua que por las altas temperaturas que se presentan en el cuarto se requiere de la instalacion de Mini split., se le solicita al contratista que entregue un informe de la necesidad del mini split para este espacio con capacidad, poste electrico y poste hidraulico.

Nota 17. Para el cambio de tuberia PVC perdiendo en sotano, correspondiente a la acometida de las bombas de agua potable, el dia jueves a las 8:00 am se realizara el acompañamiento de la persona de mantenimiento de las bombas por parte de la entidad.

8/01/2020

- SE REALIZA MONTAJE DE EQUIPOS DE AUDIO SUBWOOFER EN AUDITORIO Y PARLANTES. SE REALIZA PRUEBA EN ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL TECNICO DE LA ENTIDAD. CENTRO DE MEMORIA SR. HILSON. Y SE REALIZA PRUEBA DE SONIDO.
- SE CONTINUA DEMOLICION DE CONCRETO EN ETAPA 3 DE EXCAVACION.
- SE REALIZA REALIZA EL RELLENO DEL TUBO NOVAFORM CON ARENA DE ACUERDO A LO INDICADO POR EL ING. HIDRAULICO DEL CONSORCIO CARLOS SUAREZ Y SE INICIA RELLENO Y NIVELACION DEL TERRENO.
- SE APLICA 1 BOL DENSO EN LOS ULTIMOS METROS (1,50) DE MURO EN ETAPA DE EXCAVACION 5. PARA MONTAJE DE GEOTEXTIL Y RELLENO CON MF 150.
- SE CONTINUA CON LA REPARACION DEL ADOQUIN.

COPIA FIEL

EN RAMPA HACIA COLUMBARIOS, SE REMATA PISO DECK DE MADERA YA HABIENDO SECADO CONCRETO DEL CARCAMO ADECUADO CON DRENAJE DE CAJA ELECTRICA CB 276 Y VERIFICADO SU BUEN FUNCIONAMIENTO.

- SE CONTINUA CON ACTIVIDADES DE MONTAJE DE DRYWALL EN PUNTO FIJO MASILLADO CLARABOYAS Y NIVELACION Y REPARACION DE ESTRUCTURA.
- LOS EQUIPOS EN OBRA SE ENCUENTRAN FUNCIONANDO BIEN.

9/01/2020.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

- DRYWALL EN PUNTO FIJO PARA MONTAJE DE CLARABOYAS EN ESTRUCTURA YA NIVELADA
- REMATE DE TOMAS GFCI Y PATA CRUZADA EN CAFETERIA (MASILLADO)
- INSTALACION ADOQUIN EN RAMPA DE ACCESO MONOLITO HACIA COLUMBARIOS, LLEGADA ADOQUN ECOLOGICO SOLICITADO.
- RELLENO CON MATERIAL B-600 EN ETAPA 5 DE EXCAVACION Y ETAPA 1 Y 2 DE EXCAVACION.
- MANTENIMIENTO Y CONEXION DE DOMOS Y CAMARAS EXISTENTES A NUEVO DVR.
- REVISION INSTALACIONES ELECTRICAS EN AUDITORIO PARA CORRECCION DE INTERRUPCION DE ENERGIA AL MOMENTO DEL CAMBIO DE LAMINAS DE CIELO RASO EN MADERA.
- DEMOLICION DE CONCRETO EN ETAPA 4 CON MARTILLO COMPRESOR
- SE HACE ENTREGA DE 4 SOPORTES DE PRUEBAS DENSIDA ETAPA 2 Y ETAPA 1.

10/01/2020.

- SE CONTINUA ACTIVIDADES DE DRYWALL EN PUNTO FIJO, FINALIZANDO INSTALACION DE LAMINA EN AREA SOBRE ESCALERA Y HALL.
- CONTINUA ACTIVIDAD DE INSTALACION DE ADOQUIN EN RAMPA A COLUMBARIOS.

- EL DIA DE AYER SE RECIBIO LA CERTIFICACION DE PUNTOS DE RACKS REALIZADOS DE ACUERDO AL INFORME EN CERTIFICACION ANTERIOR, SE REALIZA INSTALACION DE ORGANIZADOR Y ORGANIZACION (PEINADO DE RACKS).
- SE INICIA EL RETIRO DE ENTIBADO DE AREA EN ETAPA 4 Y RELLENO DE TERRENO A SU NIVEL ORIGINAL.
- SE CONTINUA CON ARREGLOS EN AUDITORIO, PUNDA Y LACADA DE MADERA, DE TARIMA Y PISOS EN Hall FRENTE A TAQUILLERIA (A LOS COSTADOS)
- EN CUANTO AL AIRE ACONDICIONADO PARA RACK EN SOTANO 2. SE INFORMA LO SIGUIENTE.
  1. AREA DEL CUARTO TECNICO. ~10 M2.
  2. NECESIDAD DEL EQUIPO EN BTU DEPENDIENDO DEL AREA ANTERIORMENTE INDICADA 12.000 BTU
  3. NECESIDAD REQUERIDA ELECTRICA 110V.
  4. NECECIDAD HIDRAULICA REQUERIDA, SE REQUIERE INSTALACION DE CONDESADORA Y TUBERIA DE COBRE, PARA LOS CUALES SE DEBERA REVISAR CON ENTIDAD POSIBLE UBICACION DE LA MISNA SIN AFECTACION DE LA PARTE ESTETICA DELAS FACHADAS DEL MONOLITO O EL PUNTO MAS CERCANO AL CUARTO TECNICO. Y RECORRIDO DE LA TUBERIA DE COBRE.
  5. NECESIDEDES CIVILES, DESMONTE DE CIELO RASO Y DEMOLICION PARA PASA MUROS REQUERIDOS PARA EL MONTAJE DE LA TUBERIA DE COBRE. HASTA EL LUGAR DEFINIDO PARA MONTAJE DE CONDENSADORA.
  6. EL VALOR DEL EQUIPO MINISPLIT Y ACTIVIDADES ASOCIADAS SE INFORMARA UNA VEZ ESTE LISTO EL BALANCE DEL PRESUPUESTO

PAC.

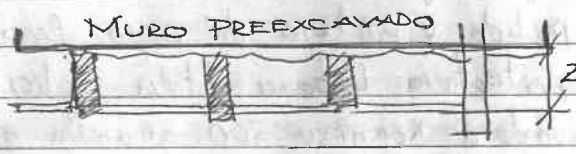
DE CENTRO DE MEMORIA. DEBIDO A QUE HAY QUE REVISAR DETALLADAMENTE CON LA ENTIDAD EL RECORRIDO.

CON EL DIAGNOSTICO REALIZADO, LAS NECESIDADES EVIDENCIADAS Y EL VALOR INICIALMENTE ESTIMADO DEL SUMINISTRO Y MONTAJE EL VALOR INDICADO EN PRESUPUESTO CONTRACTUAL YA ELIMINADO EN EL BALANCE YA PRENTADO SOBREPASA EL MONTO INDICADO ORIGINAL.

EL AIRE. PORTATIL NO GARANTIZA LA REFRIGERACION ADECUADA DEL ESPACIO.

11/01/2020

- ENTIBADO ETAPA 3. Y EXCAVACION A -9,00 MTS.
- ENTIBADO ETAPA 5 Y EXCAVACION A -5,00 MTS
- TRABAJOS DE ADECUACION DE MADERA EN AUDITORIO.
- CONTINUACION DE INSTALACION DE ADOQUIN EN RAMPA HACIA COLUMBARIOS.
- INSTALACION DE DRYWALL EN PUNTO FIJO, BAÑO Y CORREDOR EN MONOLITO Y MASILLADO.
- SE INFORMA SOBREANCHO EN AREAS DE EXCAVACION Y RELLENO OCASIONADOS POR LAS SALIENTES DE CONCRETO DEL MURO PANTALLA PREEXCAVADO LAS CUALES SON DE DIMENSIONES IMPORDANDES Y LAS CUALES NO PERMITEN EL AJUSTE Y CORRETA ALINEACION DEL ENTIBADO CONTRA EL MURO. SOBREANCHO DE 2,60 CMS ESDECIR 0,60 MTS MAS DE LO INDICADO EN PLANOS DE DISEÑO. 2,00 MTS



12/01/2020

- LIMPIEZA E IMPERMEABILIZACION CON IMPRIMANTE E 160 L DENSO EN ETAPA 3 DE EXCAVACION PARA.

CONSTRUCCION DE FILTRO.

13/12/2020

- SE REALIZA LACADO DE MADERA EN AUDITORIO.
- LIMPIEZA GENERAL EN AUDITORIO
- INSTALACION DE ADOQUIN.
- MASILLADO DE DRYWALL EN PUNTO FIJO,
- ADECUACIONES MADERA Y CIELO RASO EN AUDITORIO.
- EXCAVACIONES EN ETAPA 5 DEL FILTRO
- MANEJO DE AGUA EN ETAPA 2 Y ETAPA 5

14/12/2020

- ENTREGA DE DOCUMENTACION
  - INFORME DVR. A INTERVENTORIA
  - PLANO APANTALLAMIENTO CON INDICACION DE CAJAS Y FIRMA DEL ASESOR ELECTRICO, CARLOS VALENCIA. A INTERVENTORIA
  - ENTREGA GARANTIA Y DISCO DURO A INTERVENTORIA.
  - ENTREGA CERTIFICACION DE LOS 12 PUNTOS CON FALLA ENCONTRADOS EN EL CERTIFICADO ENTREGADO DE VOZ Y DATOS.

-14 de Enero de 2020 Se encuentra el siguiente personal en obra 1 operario de retroexcavadora, 1 encargado de excavación 2 ayudantes de relleno, 1 oficial y 1 ayudante que inician excavación de caisson, 2 ayudantes en costado oriental sacando agua de la excavación para empalmar el tubo del filtro y realizar el relleno con material de subase, 1 oficial en reparación de adoquines 1 ayudante de aseo general, Residente de obra, auxiliar de obra, residente sisoma y residente de interventoria, 2 oficiales trabajan en instalación de dry wall en punto fijo y dos carpinteros trabajan ajustando la madera en cielo raso de auditorio y en pulida y pintura de piso frente a tarima. Interventoría Arquitectura Urbana Ltda solicita el retiro de la retroexcavadora Komatsu 300 amarilla que no esta trabajando y se solicita incrementar personal y horas de trabajo para acelerar las excavaciones

Residente Interventoría Ing. Carlos Wilder

15 de
1 encarg
dos hora
1 oficia
re Pier
para l
En cas
realiz
que re
Resida
directa
revisió
solici
solicit
porque
Re
16-01-20 Profes
obra
1) R
tenie
y n
no v
2) De
horeca
exca
3) De
quan
fono
1) Se
vacío
5) Se
pelu
16 de
en o
de ca
noct

1732

15 de Enero de 2020 Interventoría realiza seguimiento de personal: 1 encargado de excavación, 1 operario de retroexcavadora, no opera durante dos horas en la mañana por falta de combustible, 2 ayudantes de relleno 1 oficial y 1 ayudante de excavación de caisson, se solicita la llegada de refuerzos, formaleta, diseño de mezcla y certificados de calidad para la construcción del caisson de parte de residente de obra. En costado oriental 2 ayudantes retiran agua de la excavación realizada, 1 oficial en instalación de dry wall en punto fijo, 1 oficial que remata emboquille de adoquines, 1 ayudante de aseo general. Residente de obra, residente sisoma de obra, auxiliar de obra, director de obra y residente de interventoría. Interventoria haciendo revisión evidencia arribo de cemento y material granular. Se solicita ser acopiado correctamente y proteger el cemento. Se solicita incrementar las horas de trabajo e iniciar a primera hora porque se verifica que los trabajadores inician a las 8 AM

Residente de Interventoría Arquitectura Urbana Ltda Carlos [illegible]

16-01-20 Profesional Ambiental Se realiza recorrido de obra donde se solicita al contratista.

1) Realizar el mantenimiento al cerramiento con polisombra, teniendo en cuenta que en el movimiento de la maquina y material de excavación, se cayó y se encuentra en zona verde.

2) Realizar limpieza y cerramiento de los individuos arboreos que se encuentran en la zona oriental de la excavación, ya que el material se encuentra sobre ellos.

3) Dotar al personal de elementos de protección personal guantes, gafas y tapabocas para la actividad del auxiliar.

4) Se evidencia que el personal en obra cuenta con la seguridad social al día.

5) Se solicita realizar la disposición final de residuos peligrosos acopiados. Diana Catherine Nardes Y.

16 de Enero de 2020 Interventoría realiza revisión de personal en obra encontrando: 1 operador de retroexcavadora, 2 ayudantes de compresor en demolición de concreto en barriga de muro costado norte, 1 oficial en limpieza e impermeabilizacion en costado

oriental, 1 ayudante de aseo, 2 oficiales encintando y masillando cielo raso dry wall en punto fijo, 1 oficial y un ayudante nivelando estructura cielo raso en auditorio, 1 auxiliar SST de obra, 1 auxiliar administrativo, 1 residente sisoma, 1 residente de obra, 1 encargado de excavación y residente de interventoría, se realizan actividades de relleno en costado oriental, se termina ligado de cielo raso dry wall en punto fijo y queda pendiente la reapertura y baño para descapuchados, se desarma andamio en punto fijo. Se solicita nuevamente el retiro de la retroexcavadora Komatsu 300. Llega formaleta metálica para caisson y refuerzos del mismo residente de obra realiza entrega de diseño de mezcla y certificados de calidad de los refuerzos.

Residente de Interventoría Ing. Carlos Wilches

16-01-2020 Se realiza recorrido de obra, donde se solicita a la profesional SST del contratista Tania Romero realizar acompañamiento permanente en las actividades de excavación y hincado del caisson, por parte del Inspector SST de la interventoría Arquitectura Urbana Juan Carlos Barrera

17 de Enero de 2020 después de recorrido y revisión de personal se realiza la siguiente relación: 1 operario de retroexcavadora 1 encargado de excavación, 2 ayudantes de excavación, 1 oficial y un ayudante en amarre de hierro en caisson, 1 oficial y 2 ayudantes en nivelación de estructura cielo raso en auditorio, un acarbar de residente de obra, residente sisoma, residente de obra. Se realizo revisión por parte de la interventoría Ing Paula Morales, inspector Avelino Vargas, auxiliar SST Juan Barrera Ing Carlos Wilches el estado de los refuerzos del caisson dando como resultado la no liberación del elemento por no estar de acuerdo al diseño del plano caisson, se solicita soltar refuerzos y rearmarlo. Consorcio Prini Sedes 04 realiza ensayo de densidades en costado oriental dando como resultado humedad del terreno del 6% y densidad de 95.8 en costado norte la densidad fue del 98 Residente Interventoría Ing. Carlos Wilches

PAC

18 de Enero de 2020 En revisión por parte de residente de Interventoría se encuentra el siguiente personal: 1 operador de retroexcavadora, 2 ayudantes en relleno costado oriental, 1 oficial de impermeabilizacion, 2 ayudantes y 1 oficial en nivelacion e instalacion de madera en auditorio, 1 oficial y 1 ayudante en armare de caisson, 1 encargado de excavacion, 1 auxiliar de residente, residente sisoma, residente de obra. Interventoria recuerda al consorcio Pruni Sedes 04 que el día de hoy existe el compromiso de retiro de la retroexcavadora Komatsu 300 amarilla del área de obra. Se realizo revisión en cielo raso del auditorio y se solicita limpieza y aseo tanto en techo como en piso en el área que se trabajo. Se recuerdo que se debia realizar la entrega del certificado de garantía del disco duro de 4 teras el día 17 de enero de 2020. Interventoría no ha tenido comunicación de parte de residencia de obra para liberacion de refuerzo y formaleta para caisson por lo tanto no se pueden adelantar actividades de fundida. Se realizan trabajos de relleno y compactacion en costado oriental del espejo de agua. Interventoría recuerda contar con documentos de los compromisos realizados en comité del 16 de enero de 2020 para el dia 20 de enero de parte del consorcio Pruni Sedes 04 a la Interventoría

Ing Carlos Wilches
Residente de Interventoria

ACORDE CON LAS ANOTACIONES REALIZADAS EN BITACORA LOS DIAS 4 DE DICIEMBRE DE 2019 PAG. 143, SE CONFIRMA EL DIA DE HOY SIENDO LAS 2:24 P.M. QUE EL TUBO DE 41" EXISTENTE SE ENCUENTRA A 2,68 MTS DEL BORDE DE MURO (ESQUINA ORIENTAL) MEDIDO A EJE, ES DECIR 2,18 MTS ≈ A BORDE, DISTANCIA QUE SE ACERCA APROX. A 2,00; TAL COMO SE PREVIÓ EL 4 DE DICIEMBRE EN PAG. 143 Y EL 23 DE DICIEMBRE EN PAG. 175, EN LAS QUE SE SOLICITA A LA INTERVENTORIA V° B° PARA EJECUTAR SOBREEXCAVACIONES NO PREVISTAS Y MODIFICAR LA UTILIZACION DEL ENTIBADO METALICO, ASI MISMO SE CORROBORA QUE LA FORMALETA DE ENTIBADO EN ESTE PUNTO NO ES EL PROCEDIMIENTO ADECUADO (ADECUADO) QUE GARANTICE LA PROTECCION DEL TUBO EXISTENTE DE 41", METODO CONSTRUCTIVO QUE NO GARANTIZA LA INTEGRIDAD FISICA Y EL FUNCIONAMIENTO DEL TUBO DADO QUE EL ANCHO DE ENTIBADO ES 2,10 MTS Y LA MANIPULACION DE ESTE EQUIPO CON RETRO REQUIERE DE UN ESPACIO MAYOR (DISTANCIA

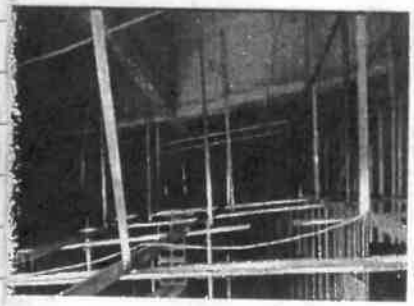
MOLDE TUBO) DADO QUE SE PUEDE GOLPEAR Y ROMPER.
EN CONSECUENCIA DE LO ANTERIOR, EN LO FALTANTE POR CONCRETAR DE FICHAS PERIMETRALES SE REQUIERE LA APROBACION Y RECOMENDACION DE LA CONSULTORIA DE COMO SE VA A ACOMETER DICHA EXCAVACION DADO QUE EL SISTEMA DE ENTIBADO OBTURADO NO ES PROCEDENTE Y ES NECESARIO EL AVAL DE UN PROCESO DISTINTO AL CONTRACTUAL, EL CONTRATISTA PRUNI SERA QUIEN SUSPENDE ACTIVIDADES DE EXCAVACION SIENDO LAS 2:30 P.M. HASTA DEFINIR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO X LAS PARTES.

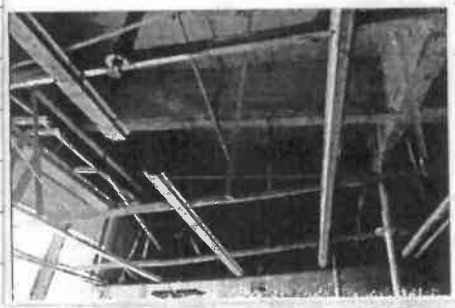
ACORDE CON EL ARMADO DEL HIERRO PARA EL CAISSON SE RECIBEN COMENTARIOS EN ACTA DEL 17 DE ENERO DE 2020, SE ACLARA QUE ESTA REVISION NO FUE PROGRAMADA CON EL CONTRATISTA CONSORCIO PRUNI, QUIEN AUN NO HABIA INDICADO AL RESIDENTE TECNICO DE LA INTERVENTORIA YA ESTAR LISTO EL ARMADO DE HIERRO PARA ESTA REVISION, SE RECIBEN COMENTARIOS A MODO DE OBSERVACIONES PRELIMINARES AL ARMADO FINAL PARA REVISION FINAL DE INTERVENTORIA.
SE CONSULTARAN LAS OBSERVACIONES CON EL ASESOR ESTRUCTURAL, QUIEN EMITIRA CONCEPTO.

- SE FINALIZA EL AJUSTE EN CIELO RASO DE AUDITORIO, SE ACLARA QUE EL CIELORASO CUENTA CON UNA ESTRUCTURA DEFICIENTE POR TAL MOTIVO SE DEBIO REALIZAR TRABAJOS DE AJUSTE CON TORNILLERIA NUEVA Y SUELTA. ESTA MISMA CONDICION SE EVIDENCIA (EVIDENCIA) EN VARIAS PARTES DEL CIELO RASO QUE NO HAN SIDO INTERVENIDAS EN EL CAMBIO DE LAS LAMINAS DE MADERA. SE DEJA COMO INQUIETUD REVISION DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE DE LA ESTRUCTURA POR PARTE DE LA ENTIDAD. AQUI FINALIZAN INTERVENCIONES EN AUDITORIO. SE REALIZA ASEO FINAL YA

PROGRAMADO. EN PISOS Y TECHO.







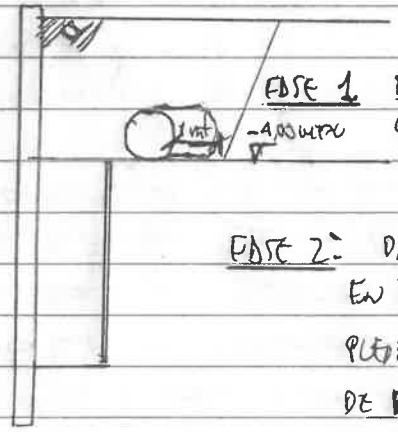
- SE REALIZA EL DIA DE AYER Y HOY APLICACION DE SIKADUR PANEL Y MONTAJE DE BOQUILLAS PARA DAR INICIO A INYECCION EN FISURAS DEL SIKADUR 35 HI MOD LV.
- SE DE REALIZA RELLENO EN B-600 AL COSTADO ORIENTAL DEL FILTRO Y PERFILANDO HACIA EL TERRENO A 3,00MTS. SE RELLENA CON B600 HACIA COSTADO NORTE DE FILTRO.
- SE REALIZAN TRABAJOS HASTA LAS 9PM.
- SE APLICA SIKAFLEX EN REMATE DE LAMINA VINILO PVC EN CANALETAS CONTRA POLIUREA EXISTENTE CON EL FIN DE DAR SELLO PARA APLICACION DE POLIUREA EN FRIO. ACTIVIDAD REALIZADA EL DIA 17/01/19.

19/01/2020

SE INICIA INYECCION DE SIKADUR 35 HI MOD LV EN FISURAS INICIANDO POR EL MURO DE LA RAMPA DE INGRESO A MONOLITO COSTADO ORIENTAL HACIA COLUMBARIOS. EN DONDE SE INYECTA EN TODAS LAS FISURAS. ATRAVES DE LAS FISURAS.

20-01-2020

SE REALIZA INSPECCION VISUAL DEL AREA DE INFLUENCIA DEL TUBO DE 41" CON LA CONSTRUCCION DEL FILTRO PERIMETRAL EVIDENCIANDOSE POR LAS PARTES QUE EL PROCESO CONSTRUCTIVO DE ENTIBADO NO ES PROCEDENTE PARA LA CONTINUIDAD DE LA ACTIVIDAD, EL CONSORCIO PRUM SEDES 04 HACE LA SIGUIENTE PROPUESTA EN TERRENO: (INSPECCION ENTRE CONSORCIO PRUM SEDES 04 Y RESIDENTE DE INTERVENTORIA).



ACORDE CON DOCUMENTO PAG. 175 DEL 23/12/19.

FASE 1 DESDE DEL TUBO 41" HASTA 1 mt mínimo paramento y GENERAL TALUD. (ESTO PARA LIBERACION DE PESO Y PRESIONES), PROFUNDIDAD APROX. 4,00 MTS.

FASE 2: DAR CONTINUIDAD A LA EXCAVACION CON ANCHO 1,50 mts EN ZONA ADYACENTE AL TUBO DE 41", ESTE PROCESO NO SE PUEDE REALIZAR CON EL SISTEMA DE ENTIBADO SINO CON AYUDA DE RETROEXCAVADORAS Y ENTIBADO MANUAL.

(ESTA FASE TIENE UN RIESGO DE AFECTACION AL TUBO POR LO CUAL ESTE PROCESO DEBE SER AVALADO POR CONSULTORIA, ENTIDAD E INTERVENTORIA).

Ing Carlos W. Interventoría

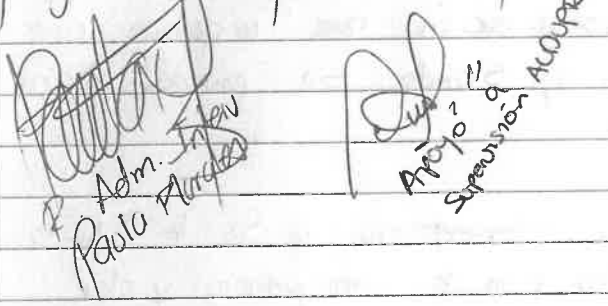
20 de Enero de 2020. En recorrido diario interventoría realiza revisión de personal en obra encontrando 1 operario de retroexcavadora, 2 ayudantes de excavación, 2 ayudantes y 1 oficial en instalación de madera rolliza, 1 impermeabilización, 1 oficial en armado de caisson. Interventoria No permite y no se libera el armado del acero hasta no contar con la totalidad de la Formaleta interna y externa del caisson. No se permite fundir el caisson contra el material de relleno.

LA INTERVENTORIA realiza recorrido de obra donde evidencia que a la fecha de hoy no se ha culminado la instalación del Geotextil no se ha culminado con la excavación mecanica, entibado, Relleno BGA0, material Granular Filtrante y no se Inicio con la capa Vegetal, Incumpliendo con la programación presentado.

PAC

De igual manera, se evidencia que el caisson para el pozo eyector debio iniciar el 31 de diciembre de 2019, teniendo un retraso de 20 dias, a hoy no se ha terminado con el primer anillo.

Se evidencia un incumplimiento a la (publicacion) programacion presentado por el contratista de obra.



Frente a su anotacion donde Solicita concepto sobre la consultoria de como acometer la excavacion en la zona faltante del Filtro, esta Interventoria le responde que estos temas de procesos constructivos no son competencia ni resorte de la consultoria, es un tema que debe solucionar la obra, siendo ustedes constructores responsables de la obra.

Tambien le recordamos señor contratista que desde antes de firmar el modificatorio No 1 el pasado 20 de diciembre de 2019, usted ya conoce la existencia del Tubo Navidad 36", la Interventoria ha venido insistentemente solicitandole en obra y en comites de obra, la Necesidad de revisar el trazado del Tubo existente, y usted ha hecho caso omiso, asi como tambien se le Solicito descubrir el (Muro) Tubo para revisar su afectacion y su posicion frente esquina de "L", la cual presenta dificultad a hoy.

Su falta de planeacion, sus continuos reprocesos evidenciados en Obra, como los equipos varados, falta de personal etc, son los que a la fecha no le han permitido dar cumplimiento a su programacion, programacion planeada

por usted conociendo los antecedentes del proyecto

y ahora no puede pretender responsabilizar a una Tubería existente y hallado por usted en su proceso constructivo desde Noviembre del 2019

es decir se tardo 2.5 meses en avisarnos a hoy que debe cumplir con su programación, que requiere concepto Tecnico para la excavación, Siendo su proceso Tecnico, su planeación y su obra.

No es aceptable para la Interventoria y Se le Solicita Nuevamente poner en marcha plan de contingencia y dar cumplimiento a su programación de obra, recordando que el Tiempo contractual Termina el 4 de febrero de 2020, para Sede centro de memoria paz y reconciliación.

R. Interventoría
Paola Morales A

PAC

TIBKUL.

001 3

OBJETO CONTRATO DE OBRA.

CONTRATO 423300-731-2019 "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE LAS OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIFICADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. D.C."

OBJETO DEL CONTRATO DE INTERVENTORIA.

CONTRATO 423000-730-2019. "CONTRATAR LA INTERVENTORIA ADMINISTRATIVA, TECNICA, FINANCIERA-CONTABLE, ECONOMICA Y JURIDICA Y AMBIENTAL AL CONTRATO QUE TIENE POR OBJETO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E. INTERVENCIONES ESPECIFICADAS PARA LAS DIFERENTES SIEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. D.C.

- REPRESENTANTE LEGAL ARQUITECTURA URBANA LTDA.
  HERNANDO DAZA BERRIO.
- REPRESENTANTE LEGAL CONSORCIO PRUNI SEDES 04.
  SAMUEL EDUARDO CARRILLO ROJAS.
- COORDINADOR SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
- DIRECTOR DE OBRA CONSORCIO PRUNI SEDES 04.
  FREDI GOMEZ GARCES.
- APOYO DIRECCION ADMINISTRATIVA CONTRATISTA
- APOYO DIRECCION ADMINISTRATIVA INTERVENTORIA.
  PAULA FERNANDA MORALES SANCHEZ.
- RESIDENTE TECHICO CONTRATISTA.
  ZORAYA RUIZ OLAYA
- RESIDENTE TÉCNICO INTERVENTORIA.
  CARLOS GIOVANNI WILCHES MONTAÑO
- RESIDENTE AMBIENTAL Y SST CONTRATISTA.
- RESIDENTE AMBIENTAL Y SST INTERVENTORIA.
  DIANA CATERINE MORALES VELASQUEZ

20/01/2020.

DEBIDO A QUE NO SE ENCUENTRA EL LIBRO DE BITACORA N°1 EN OBRA SE INICIA REGISTRO EN LIBRO BITACORA N°2.

- INGRESO DE MATERIAL DE CANTERA TRITURADO MF150.
- APLICACION POLIUREA EN FRIO EN (MEDIACAÑA) CANALES DE AGUAS LLUVIAS EN ESPEJOS DE AGUA CONTRA LAMINA DE PVC DE LAS MISMAS.
- INSTALACION MADERA ROLLIZA EN PASARELA ENTRE ESPEJOS DE AGUA Y CLASIFICASION PARA INSTALACION DE LA MADERA TECA SUPERIOR.
- LIMPIEZA DE ESPEJOS DE AGUA.
- INYECCION DE SIKADUR 35 HI MOD LV EN FISURAS MUROS ESCALERAS HACIA PARQUEADERO Y EN MUROS ESCALERA ENTRE ESPEJOS DE AGUA COSTADO NORTE.
- EXCAVACION ULTIMO TRAMO (ETAPA 6) DE EXCAVACION PARA CONSTRUCCION DE FILTRO PERIMETRAL
- DE ACUERDO A RECORRIDO REALIZADO CON LA INTERVENTORIA Y SUPERVISION DEL CONTRATO SE APRUEBA LO DESCRITO EN BITACORA LIBRO N°1 CON RESPECTO AL PROCEDIMIENTO PARA CONTINUIDAD DE EXCAVACION PARA CONSTRUCCION DE FILTRO PERIMETRAL SEGUN PLANOS PARA FASE 1 Y FASE 2 INDICADAS. EL CONSORCIO PRUNI PROCEDERA Y SE CUANTIFICARAN LAS MAYORES CANTIDADES DE OBRA DERIVADAS DADO QUE EL PROCESO CONTRACTUAL DE ENTIBADO NO ES PROCEDENTE PARA EL TRAMO FALTANTE POR EJECUTAR.
- SE RECIBE CONCEPTO TECNICO DEL ASESOR ESTRUCTURAL CON RESPECTO A LA CONSTRUCCION Y ARMADO DE HIERRO PARA EL CAISSON EN DONDE SE INDICA.

1. REFUERZO CIRCULAR HORIZONTAL NO SON ESTRIBOS EN SENTIDO FUNCIONAL, NO ESTA DISPUESTO PARA SOPORTAR FUERZAS CORTANTES. PUEDE SER DISPUESTO POR LA CARA INTERIOR.

2. RECUBRIMIENTO DEL REFUERZO EN CARA CONTRA EL TERRENO MINIMO 75MM Y RECUBRIMIENTO CARA INTERIOR MINIMO 50MM.

3. GANCHO A 180° DE 18CM EN REFUERZO VERTICAL ES SUFICIENTE PARA LAS PRESTACIONES REQUERIDAS. DEL ACERO DE REFUERZO.

4 CONCRETO CLASE EXPOSICION P1 Y C1 TABLA C4.3.1 DE NSR-10, GARANTIZAR MANEJABILIDAD Y TRABAJABILIDAD EN LA COLOCACION.

- SE REALIZA REVISION DE ARMADO DE REFUERZO DE CAISSON Y SE PROCEDE A FUNDIR EL PRIMER ANILLO CON ACELERANTE.

20-01-2020 Se realiza recorrido de obra por parte del Inspector de Interventoria Arquitectura Urbana en el area de Seguridad y Salud en el Trabajo - Se solicita mejorar las condiciones de orden y aseo de la obra. - Se solicita realizar mantenimiento del cerramiento perimetral de la excavacion. - Se solicita reforzar la señalizacion, - Se solicita a la profesional SST del contratista realizar acompañamiento permanente en las excavaciones y en el armado de caisson. Inspector SST Interventoria Juan Carlos Bueno.

20 de Enero de 2020 Despues de recorrido, revisión y verificación para Centro de Memoria Paz y Reconciliación se encontro el siguiente personal por parte de la interventoría: 1 encargado de excavación, 1 operario de retroexcavadora Hitachi 330, 2 ayudantes de relleno, 1 ayudante de aseo, 2 oficiales preparando la zona central para la reinstalación de la madera deck, 2 operarios de impermeabilización, 1 oficial y 2 ayudantes en armado de refuerzo para caisson. Interventoria revisa y evidencia que no fue retirada la retroexcavadora Komatsu 300 el sabado 18 de enero y se solicita mediante esta anotación nuevamente el retiro del equipo. Interventoria revisa y verifica el relleno en costado norte con B600, se revisa la impermeabilización de las canales en los espejos de agua, se realiza inspección visual. En horas de la tarde especificamente

COPIA PAC

a las 2 pm, Interventoria Ing. Paula Morales e Ing Carlos Wilches realizan revisión de armado de refuerzos para segundo anillo de caisson se da por liberado y se autoriza fundida del elemento, se revisa certificado de calidad de los refuerzos y se verifica la dosificacion de agregados, agua y acelerante de acuerdo al diseño de mezda que entrego la Ara. Zoraya Ruiz a residente de interventoría, se toman 2 muestras por parte de obra y 2 muestras por Interventoría para realizar ensayos a complesión y poder verificar la resistencia del concreto

Residente de Interventoría Ing Carlos Wilches

21 de Enero de 2020 Ing. Carlos Wilches residente técnico de Interventoría realiza revisión de personal en obra: 1 encargado de excavación, 1 operario de retroexcavadora, 2 ayudantes de relleno en costado oriental y costado norte de los espejos de agua, 1 oficial y 2 ayudantes inician la instalación de madera rolliza en la cual se instala la madera teca en el pasillo entre los espejos de agua, 1 auxiliar administrativo residente SISOMA, residente de obra. Interventoria revisa y verifica que dos tractomulas cama baja se encuentran a las afuera de Centro Memoria las cuales realizan retiro de retroexcavadora Komatsu 300 la cual por más de un mes solicito su retiro de la obra, la segunda cama baja realiza retiro del enfriado.

Residente de Interventoría Ing. Carlos Wilches

22 de Enero de 2020 Interventoría despues de revisión encuentra el siguiente personal en obra: 2 operadores de retroexcavadoras, 2 ayudantes de excavación 1 oficial y 2 ayudantes en instalacion de Madera, 1 oficial y 2 ayudantes en caison, 2 impermeabilizadores. Se realiza revisión de refuerzos y formaleta de tercer anillo de caison y se da por liberado para su fundida en concreto se toman muestras de concreto para ensayo a compresión. Interventoría para las actividades de retroexcavadora pequeña que llego a primera hora porque el operarro no cuenta con los documentos completos para laborar en obra. En la excavación realizada en costado nor-oriental se evidencia un exceso de concreto en el muro el cual se procede a demoler. Llegan 2 personas que realizan tareas de impermeabilización. Residente Interventoría Ing Carlos Wilches

23-01-2020 Se realiza recorrido de obra por parte del Inspector de la Interventoria Arquitectura Urbana LTDA en el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) donde se evidencia que el personal que esta realizando la excavacion del caisson no esta cumpliendo con el programa de Trabajo en altura y espacios confinados presentados por el contratista, por tal motivo no se autoriza las actividades de excavacion del caisson hasta que se evidencie el cumplimiento con la normatividad de Trabajos en alturas y excavacion. Resolucion 1409 del año 2012 y la Guia trabajo seguro en excavacion del año 2014 del Ministerio del Trabajo y se evidencie los elementos para realizar rescate en espacios confinados (Tripode, linea de vida, polea, eslinga, arnes) Estos elementos fueron solicitados en el comité Integral realizado en la Alcaldia Maya el dia 23 de Enero de 2020 al contratista y a la profesional SST Tania para que cumplan con la norma. Y su Inspector SST Interventoria Juan Carlo Bucheli.

23 de Enero de 2020. Interventoría bajo revisión del inspector de Arquitectura Urbana limitada encuentra el siguiente personal: 2 operarios de retroexcavadora, 2 ayudantes de excavacion realizando labores de demolición de exceso de concreto en muro costado nor oriental, 1 oficial y 2 ayudantes realizando instalación de madera en medio de los espejos de agua, 2 ayudantes realizando limpieza en espejo de agua en costado oriental, 1 oficial y 2 ayudantes en excavacion y armado de refuerzo de cuarto caisson. El personal del consorcio Pruni Sedes 04 toma la decisión de realizar la fundido del mismo, se deja claro por parte de la Interventoría que no se solicito revisión de refuerzos y formaleta. Residente de Interventoría no dio liberación del elemento y no se tomaron muestras del concreto utilizado, se solicita a la residente de Obra Arq. Zoraya Ruiz fotografias del proceso, ensayo de compresión a cilindros, se realizara revisión del elemento por parte del residente de interventoria tan pronto se desencofre

Ing. Carlos Wilches
Residente Interventoría

24 de Enero de 2020. Despues de recorrido revisión y verificacion Interventoría Arquitectura Urbana Ltda encuentra el siguiente personal en obra: 2 operadores de retroexcavadora (Koma) Hitachi 330 e Hitachi 40 las cuales laboran despues de la 1pm porque se encontraban 2 ayudantes de excavación demoliendo a partir de las 11:30am el exceso de concreto en muro en el costado nororiental de los espejos de agua. Interventoria realiza revisión del equipo compresor y verifica que desde las 7:00 AM hasta las 11:00 AM no trabaja por falta de combustible. Se encuentra 1 oficial y 2 ayudantes realizando reinstalación de madera en la mitad de los espejos de agua. No se permite por parte de Interventoría realizar actividades en el caisson hasta que no se cuente con los elementos de protección personal y el equipo de rescate necesario para el trabajo en espacios confinados, lo anterior afecta los tiempos de la programación. Se realiza recorrido por parte de supervisor de apoyo, obra e interventoría para la revisión de los detalles pendientes de ajuste de cielo raso en auditorio y no se recibe por parte de la Ing. Diana Maldonado de supervisión de apoyo y el Ing Carlos Wilches de Interventoria, se solicita realizar ajustes en el cielo raso en la zona occidental del auditorio. La excavación en la punta nororiental alcanza los 9 metros y se debe retirar el agua acumulada en el filtro orrental mediante bomba, se deja instalada lamina al lado del tubo de 36" como entivado.

Residente Interventoría Ing. Carlos Witches

SE REALIZA DEMOLICION SALIENTE DE CONCRETO A PARTIR DE LAS 10:30 AM SE ACLARA A RESIDENTE DE INTERVENTORIA EL COMPRESOR SI TIENE COMBUSTIBLE, DEBIO SER REPOSICIONADO Y A QUE POR EL TERRENO EN EXCAVACION Y SU INCLINACION NO PERMITIA EL ENCENDIDO. ETAPA 6.

SE REALIZA LIMPIEZA Y AJUSTES BISELES O DILATACIONES E AUDITORIO.

PAC

- SE CONTINUA INSTALACION DE MADERA DECK EN CIRCULACION (ENTRE ESPEJOS DE AGUA).
- EXCAVACION ETAPA 6 Y RETIRO DE AGUA A 8,00 MTS.
- EL CONSORCIO PRUNI SEDES 04 DEJA CONSTANCIA EN BITACORA QUE LA INTERVENTORIA RETIRO DE OBRA EL LIBRO No 1. AUN QUEDANDO HOJAS POR LLENAR PAGINAS Y ESPACIOS DESDE LA ULTIMA ANOTACION REALIZADA POR EL CONSORCIO, POR LO ANTERIOR EL CONSORCIO PRUNI DESCONOCE EL CONTENIDO DE LAS ANOTACIONES EFECTUADAS POR INTERVENTORIA A PARTIR DE NUESTRA ULTIMA ANOTACION Y SOLICITA A INTERVENTORIA ALLEGAR COPIA DE LAS MISMAS Y TAMBIEN DE TODO EL MES DE ENERO PARA NUESTROS REGISTROS PERTINENTES.

25/01/2020

- SE ENTREGA INFORME DE ARMADO Y FUNDIDA ANILLO N 4 DE CAISSON A INTERVENTORIA.
- SE REALIZA PRUEBA A TUBERIA DE 36", CON AYUDA DE 2 CANECAS DE 55 GLS. LAS CUALES SE LLENARON DE AGUA Y FUERON VACIADAS DENTRO DEL POZO, SE REALIZA SEGUIMIENTO DES DE EL POZO INTERNO DE CENTRO DE MEMORIA AL POZO EXTERNO EVIDENCIANDO AUMENTO DE CAUDAL Y PASO DE AGUA POSTERIOR A 2,46 MIN. DESDE EL INICIO. LO CUAL INDICA QUE LA TUBERIA SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO. LA PRUEBA SE REALIZO ENTRE PERSONAL CONSORCIO PRUN SEDES 04. RESIDENTE TECNICO, AUXILIAR TECNICO. ZORAYA RUIZ, ING. SEBASTIAN GUZMAN Y RESIDENTE TECNICO INTERVENTORIA. CARLOS G. WILCHES.
- SE REALIZA MANEJO DE AGUA EN EXCAVACION MAS DE 3MTS DE ALTURA.
- CONTINUA INSTALACION MADERA DECK.
- RETIRO DE BOQUILLAS DE INYECCION SIKADUR 35 HI MOD LV.

PAC

- LLEGADA DE HIERRO PARA VIGA CANAL.
- SE PRESENTA LLUVIA FUERTE A PARTIR DE LAS 2:30 PM. YA HABIENDO LLEGADO A NIVEL DEL TUBO 8,20 SE SUSPENDEN ACTIVIDADES DE EXCAVACION POR TEMAS CLIMATICOS YA REVISADAS CON EL RESIDENTE DE INTERVENTORIA CON QUIEN SE EVIDENCIA EL RIESGO DE LOS TRABAJOS PARA EL PERSONAL Y LOS EQUIPOS.
- SE DEJAN BOMBA EN EXCAVACION CON SUCCION CONSTANTE DE AGUA HASTA LAS 12 AM SE REINICIA BOMBEO A LAS 3AM PARA EVACUAR EL RESTO DE AGUA POSTERIOR A LA LLUVIA NOCTURNA PARA INICIO ACTIVIDADES DEL DOMINGO 26 A LAS 7 AM.

25 de Enero de 2020. Interventoria realiza revisión y verificación de personal encontrando la siguiente relación: 2 operadores de retroexcavadora que no pueden trabajar durante toda la mañana porque se encuentran 2 ayudantes de excavación sacando agua mediante motobomba, se realiza cambio de bomba por una más grande en el costado nor oriental, se encuentra 1 oficial y 2 ayudantes en clasificación e instalación de madera rolliza y madera teca en pasillo central entre las espejos de agua. Llegan 1 oficial y 1 ayudante para excavación de caisson. Interventoría realiza revisión de documentos de ingreso a obra encontrando que el ayudante para excavación de caisson se encuentra aplazado en los examenes medicos, por lo tanto se solicita a la Ing. Tania Romero para las actividades y realizar retiro del ayudante. El proveedor del personal hace caso omiso al requerimiento de la interventoría y la persona se mantiene en obra laborando. Ing. Carlos Wilches solicita a la Arq. Zoraya Ruiz residente de ~~interventoria~~ obra contar con todos las materiales para las actividades de restitución en las áreas afectadas.

Ing. Carlos Wilches
Residente Interventoria

RAC

26/01/2020

- SE INICIA EVACUACION DE AGUA EN ESPEJOS DE AGUA.
- SE EVIDENCIA TERRENO DESBARRANCADO EN AREA DE EXCAVACION, EL PERSONAL INGRESA DE ACUERDO A LO ACORDADO 7AM Y SE INICIAN TRABAJOS DE RETIRO DEL MATERIAL DESBARRANCADO PARA CONTINUAR CON LA EXCAVACION PARA CONEXION DE EXCAVACION ORIENTAL PARA CONEXION DEL TUBO.
SE EVALUAN LAS CONDICIONES TECNICAS Y DE SEGURIDAD EN ESTA AREA QUE NO PUEDE SER ADECUADAMENTE ENTIBADA POR EL TUBO DE 41" Y A LAS 5:30 PM SE SUSPENDEN ACTIVIDADES POR INICIO DE LLUVIA.
- MANEJO DE AGUAS DURANTE LAS ACTIVIDADES.

27/01/2020

- SE HACE MANEJO DE AGUAS DESDE LAS 7AM DURANTE TODO EL DIA Y FINALIZANDO LA TARDE SE REALIZA EXCAVACION DE MATERIAL.
SE DEJA FUNCIONANDO LA BOMBA AL FINALIZAR LA JORNADA PARA FACILITAR EL RETIRO DE AGUA EN ESTA ETAPA.
- CONTINUA INSTALACION DE PISO DECK DE MADERA.
- REMATE DE PINTURA EN PUERTA CORTA FUEGO
- ACTIVIDAD DE EXCAVACION EN CAISSON
- INGRESO EQUPOS. CERTIFICADOS PARA TRABAJO EN ALTURA CAISSON

Ing Carlos Wilches
Residente Interventoria

28/01/2020

- SE DEFINE CON INTERVENTORIA LA CONSTRUCCION DE 10 ANILLOS DEL CAISSON PARA POZO EYECTOR LOS CUALES DAN LA ALTURA Y PROFUNDIDAD SUFICIENTE PARA INSTALACION DE EQUIPO DE BOMBEO DE AGUA DEL FILTRO PERIMETRAL.

- SE ENTREGA INFORME TUBERIA 36" ENTREGADO POR ASESOR HIDRAULICO CARLOS SUAREZ A INTERVENTORIA.
- SE REANZA MANEJO CONTINUO DE AGUA CON MOTOBOMBA Y CON RETROEXCAVADORA PEQUENA

29-01-2020 El Inspector de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Interventoria Arquitectura Urbana, solicita el acompañamiento permanente de la Profesional del contratista SST Ing Tamia Romero permanezca en la excavacion del costado oriental y en la excavacion del caisson permanentemente, con el Fin de evitar cualquier accidente de Trabajo. - Tambien se solicita realizar mantenimiento del cerramiento. Inspector SST Interventoria Juan Carlo Briceño

29 de Enero de 2020 Interventoría despues de recorrido a primera hora encuentra el siguiente personal en obra: dos operadores de retroexcavadoras, solo se encuentra operando la Hitachi 330 realizando excavación en costado nor oriental y retirando agua en la cuchara y con bomba, dos ayudantes de excavacion, un oficial y dos ayudantes instalando madera en el pasillo central de los espejos de agua, un oficial y dos ayudantes realizando excavación para anillo número 6, auxiliar de residente de obra, encargado de excavación, residente SISOMA, residente de obra, auxiliar SST de obra e interventoría. Interventoria informa que aproximadamente a las 12:20 pm la tubería novaloc de 36" que se encontraba apoyada sobre el terreno de la excavación, se presentó un derrumbe por lo cual la tubería se fractura, Interventoría inmediatamente es informada y se procede a hacer revisión de personal y de los daños presentados, por ser hora de almuerzo no se encontraba personal de obra en el área del derrumbe. Interventoría hace revisión y evaluación de los daños. Arquitectura Urbana Ltda solicita a residente de obra Arq. Zoraya Ruiz y al director de obra realizar y entregar informe técnico del evento presentado e informar y notificar las acciones que se van adelantar de forma inmediata

PAC

Interventoría Ing Carlos Wilches realiza revisión y verificación del estado de la excavación donde se evidencia el retiro del material de talud donde se encontraba apoyado el tubo de 36" Novalac, este material excavado se coloca sobre todo el material inicial de excavación generando un nuevo talud más vertical con monticulo de material que genera incremento de empuje en el talud. Interventoría solicita el retiro de material del monticulo que esta generando una carga puntual al talud que practicamente esta a 90°, a esto se le puede sumar la saturación del material por las lluvias que se presentan en las tardes y noches. Interventoria solicita al Consorcio Aruni Sedes 04 dar manejo a la salida del agua del tubo fracturado porque afecta tanto la excavación como el filtro existente ya instalado. Interventoría solicita dar manejo del peso de la retroexcavadora porque la tubería que quedo en el costado occidental presenta signos de aplastamiento asi mismo desplazamiento del entivado que se encuentra con material B-600 instalado. Se debe acatar estas recomendaciones de caracter inmediato y entregar el plan de acciones a seguir.

Residente Interventoría Ing Carlos Wilches

30-01-2020 Se realiza recorrido de obra el inspector SST de Interventoria Urbana y la profesional del contratista Ing. Tania Romero y el Ingeniero Jorge Castellanos encargado de la excavacion retiran de la parte Noroccidental de la excavacion retiran material para quitarle peso al talud (pared) - Se solicita mejorar el entibado donde se encuentra el externo del Tubo del Filtro para sostener el terreno y evitar cualquier accidente con el personal que instale el Tubo Faltante. - Se solicita a la profesional SST del contratista realizar mas periodicamente monitoreo atmosferico en el caisson - Se solicita enviar la documentacion del personal que ingrese nuevo con 24 horas de anticipacion al correo de SST de la interventoria para su aprobacion - Se solicita realizar acompañamiento permanente en los frentes de excavacion a la profesional SST del contratista Ing. Tania Romero

Inspector SST de Interventoría Arquitectura Urbana LTDA
Juan Carlos Bucheno.

31 de Enero de 2020 Residente de Interventoría realizando revisión y verificación del personal de obra encuentra la siguiente relación 2 ayudantes de excavación, 1 ingeniero y 1 tecnico en revisión de cableado de iluminación de espejos de agua. Interventoría verifica e informa que se realizaron trabajos de excavación de forma continua desde el 30 de enero hasta las 12:30 AM del día de hoy. Se informa que operario de retroexcavadora grande Hitachi 330 llega a obra a las 10:00 AM se inician trabajos de adecuación de materiales en la zona de excavación para liberar área y se pueda operar de mejor manera la maquina. Se verifica que a la 1:00 PM se inicia con la armada de H para instalación de lamina de entivado en área de modulo 6, se realiza limpieza e impermeabilización de Muro en modulo 6. Ing Fredi Gómez director de obra informa a interventoría que se realizará fabricación de uniones para unión de dos láminas de entivado y se apuntalará con madera contra el muro en la excavación para garantizar la excavación de la retroexcavadora Hitachi 40 en el modulo 6. Interventoría realiza revisión y verificación de refuerzos y formaleta de anillo número de caisson dando liberación del elemento y permitiendo la fundida del mismo

Residente de Interventoría Ing Carlos Wilches

31-01-2020 Se realiza recorrido de obra en compañía de la Copnf de la auxiliar SST del contratista. donde se solicita realizar, retiro de material que se encuentra en la parte superior del talla de la plataforma cortado oxiacetileno, para evitar el deterioro de la(la) palmera. - Se solicita quitar el tubo que se encuentra cerca a la excavacion para quitar peso del talud. - se solicita mejorar el entibado en la parte inferior de la excavacion para proteger el personal que va instalar la Tuberia del Filtro. - Se verifica que el contratista

esta bombeando el agua de la excavacion. - Se verifica que el contratista esta realizando el monitoreo de gases en el interior del caisson, Se le recuerda el acompañamiento del personal Auxiliar SST y la profesional SST del contratista en todas las actividades que se realizan en la obra Inspector Juan Carlos Bucuru Interventoria SST

ANEXO No. 9

CONTROL Y SEGUIMIENTO A PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA /CONTRATISTA CONSORCIO PRUNI SEDES 04 /

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría General

CONTRATO DE INTERVENTORÍA NO.4233000-730-2019

RELACIÓN DE PERSONAL DE LA INTERVENTORÍA

ARQUITECTURA URBANA LTDA

INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA.
CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 4233000-730 DE 2019
FECHA: ENERO DEL 2020

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	PORCENTAJE DEDICACIÓN	EXAMEN OCUPACIONAL	FECHA ÚLTIMO PAGO SEGURIDAD SOCIAL
1	Hernándo Daza Berrio	18.939.369	Director de Interventoría	Positiva	Cruz Blanca	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020
2	Paula Fernanda Morales Sanches	52.959.013	Cordinadora de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
3	Diana Caterine Morales Velasquez	1.026.572.178	Residente Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo	Positiva	famisanar	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
4	Nancy Rocio Ayala Gomez	52.229.315	Residente de Interventoria	Positiva	Compensar	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020
5	Juan Carlos Briceño	79.389.138	Inspector Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Positiva	Salud Total	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020
6	Jose Abelino Vargas Tenjo	1.057.463.178	Inspector de Interventoría	Positiva	Medimas	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
7	Carlos Giovanni Wilchez Montaño	79.720.581	Residente de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	100%	SI	20/01/2020
8	Katty Andrea Farfàn Arias	1.031.146.000	Proesional de Ingenieria Civil de apoyo	Positiva	Sanitas	Colpensiones	100%	SI	20/01/2020

"Dentro de los procesos de licitación Pública y concursos de Méritos, tener un trato preferencial con las personas discapacitadas así: "En los procesos de licitaciones públicas y concursos de méritos, para incentivar el sistema preferencial con personas con discapacidad, la entidades estatales deberán otorgar el uno por ciento (1%) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal de acuerdo con los siguientes requisitos: 1. La persona natural, el representante legal, de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, certificara el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección 2. Acreditar el número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el ministerio de trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección".
La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA, presenta la documentación del personal con discapacidad siendo: certificado de vinculación del trabajador con discapacidad, el formato de constatación de vinculación de trabajadores en situación de discapacidad emitida por la entidad MINISTERIO DE TRABAJO, y el soporte de seguridad social del trabajador con discapacidad; del señor HERNANDO DAZA BERRIO identificado con cedula de ciudadanía No. 18939069 de Agustín Codazzi.

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830098495
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELÉFONO:	7035370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		7741888172	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero AÑO	2020
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd).		2020/01/20	NUMERO AUTORIZACIÓN.		551110779

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.456.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1 456 100	$ 0	$ 1 456 100
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 736 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 736 000	$ 0	$ 736 000
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 1 728.000	$ 0	$ 0	$ 25.000	$ 25 000	$ 0	$ 0	$ 1 778 000	$ 0	$ 1 778 000
SUBTOTALES:										$ 3.970.100	$ 0	$ 3.970.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	LIQUIDACION UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMAS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72 000	$ 0	$ 0	$ 72 000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 77 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77 400	$ 0	$ 0	$ 77 400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 408 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 408 000	$ 0	$ 0	$ 408 000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66 700	$ 0	$ 0	$ 66 700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 164 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164 000	$ 0	$ 0	$ 164 000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 192 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192 000	$ 0	$ 0	$ 192 000
SUBTOTALES:													$ 980.100	$ 0	$ 0	$ 980 100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	10		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.525 300	$ 1 525 300	$ 0	$ 0	$ 1 525 300
SUBTOTALES:									$ 1.525.300	$ 0	$ 0	$ 1.525.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	10	$ 980 100	$ 0	$ 980 100
SUBTOTALES:			$ 980.100	$ 0	$ 980 100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1026572178	MORALES VELASQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2 000 000			SI	02																
2	CC 1039451346	LOPERA ARANGO JESSICA	DEPEND		$ 2 500 000			SI		20															
3	CC 1057463178	VARGAS TENJO JOSE ABELINO	DEPEND		$ 1 800 000			SI																	
4	CC 18939069	DAZA BERRIO HERNANDO	DEPEND		$ 5 000 000			SI																	
5	CC 33379020	SILVA MARTINEZ NANCY FABIOLA	DEPEND		$ 2 800 000			SI																	
6	CC 52229315	AYALA GOMEZ NANCY ROCIO	DEPEND		$ 3 000 000			SI	09																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	29	$ 1 933 334	$ 309 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 309.400
2	230301-PORVENIR	20	$ 1.666 667	$ 266 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 266 700
3	231001-COLFONDOS	30	$ 1.800 000	$ 288 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000
4	25-14 COLPENSIONES	30	$ 5.000 000	$ 800 000	$ 25.000	$ 25 000	$ 0	$ 0	Normal	$ 850 000
5	231001-COLFONDOS	30	$ 2 800 000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448 000
6	25-14 COLPENSIONES	22	$ 2.200 000	$ 352 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 352.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP; PARAFISCALES

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	29	$ 1 933 334	$ 77 400	$ 0	$ 77.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	29	$ 1 933 334		$ 134 600	29	$ 1 933 334	CCF24-COMPENSAR	$ 77 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	20	$ 1.666 667	$ 66 700	$ 0	$ 66.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	20	$ 1.666 667		$ 116 100	20	$ 1.666 667	CCF24-COMPENSAR	$ 66 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	EPS044-MEDIMAS	30	$ 1.800 000	$ 72 000	$ 0	$ 72 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1 800 000		$ 125 300	30	$ 1 800 000	CCF24-COMPENSAR	$ 72 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	EPS008-COMPENSAR	30	$ 5 000.000	$ 200 000	$ 0	$ 200 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 5.000.000		$ 348 000	30	$ 5.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 200 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2 800 000	$ 112 000	$ 0	$ 112.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2 800 000		$ 14 700	30	$ 2 800 000	CCF24-COMPENSAR	$ 112 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	EPS008-COMPENSAR	22	$ 2 200 000	$ 88 000	$ 0	$ 88.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	22	$ 2 200 000		$ 153 200	22	$ 2.200 000	CCF24-COMPENSAR	$ 88 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	830098495
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:		ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301 TELÉFONO:	7035370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7741888172	TIPO DE PLANILLA:							E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	enero	AÑO	2020
DIAS DE MORA	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd).	2020/01/20	NUMERO AUTORIZACIÓN							551110779

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

	DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																								SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES				
																																PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AVS	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
7	CC 71827684	AGUIRRE MEDINA FERNANDO	DEPEND		$ 2.000.000			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.000.000		$ 139.200	$ 0	$CCF24-2.000.000	COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 79389138	BRICEÑO JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.600.000			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.600.000		$ 111.400	$ 0	$CCF24-1.600.000	COMPENSAR	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 79720581	WILCHES MONTAÑO CARLOS GIOVANNI	DEPEND		$ 3.000.000			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.000.000		$ 208.800	$ 0	$CCF24-3.000.000	COMPENSAR	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 93137714	NUÑEZ DIAZ ALVARO ANDRES	DEPEND		$ 2.500.000			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.500.000		$ 174.000	$ 0	$CCF24-2.500.000	COMPENSAR	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 7.455.600**

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 38 8 12 OFICINA 301	TELÉFONO:	7035370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7741697954	TIPO DE PLANILLA		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACION SALUD	MES enero	AÑO 2020
DIAS DE MORA			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2020/01/16	NUMERO AUTORIZACION		549346502

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 692.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 692 600	$ 0	$ 692 600
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC)	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208 000	$ 0	$ 208 000
230301	230301-PORVENIR	1	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272 000	$ 0	$ 272 000
SUBTOTALES:										$ 1.172.800	$ 0	$ 1.172.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 68 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68 000	$ 0	$ 0	$ 68 000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80 000	$ 0	$ 0	$ 80 000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52 000	$ 0	$ 0	$ 52 000
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60 000	$ 0	$ 0	$ 60 000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 33 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33 300	$ 0	$ 0	$ 33 300
SUBTOTALES:													$ 293.300	$ 0	$ 0	$ 293.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5		$ 0	$ 0		$ 0	$ 296 500	$ 296 500	$ 0	$ 0	$ 296 500
SUBTOTALES:									$ 296.500	$ 0	$ 0	$ 296.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	5	$ 293 300	$ 0	$ 293 300
SUBTOTALES:			$ 293.300	$ 0	$ 293 300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	CC 1003038476	VALENCIA SOTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 828 116				SI														27 06			
2	CC 1003038476	VALENCIA SOTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 828 116				SI																	
3	CC 1031146000	FARFAN ARIAS XATTY ANDREA	DEPEND		$ 2 000 000				SI																	
4	CC 49691881	VALENCIA SIERRA CARMEN ALICIA	DEPEND		$ 1.500.000				SI																	
5	CC 52796082	VALDERRAMA CARREÑO OLGA MARIA	DEPEND		$ 1 700 000				SI																	
6	CC 80928100	ZAMBRANO PEREZ EYSON FERNANDO	DEPEND		$ 1 300 000				SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	4	$ 110 416	$ 17 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 17 700
2	25-14 COLPENSIONES	26	$ 717 701	$ 114 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 114.900
3	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2 000 000	$ 320 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320 000
4	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1 500 000	$ 240 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240 000
5	230301-PORVENIR	30	$ 1 700.000	$ 272 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 272 000
6	230201-PROTECCION (ING+PROTEC)	30	$ 1 300 000	$ 208 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208 000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 110 416	$ 4 500	$ 0	$ 4 500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	4	$ 110 416		$ 0
2	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 717 701	$ 28 800	$ 0	$ 28 800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	26	$ 717.701		$ 50 000
3	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2 000 000	$ 80 000	$ 0	$ 80.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	$ 2 000 000		$ 139 200
4	EPS001-ALIANSALUD S A	30	$ 1 500 000	$ 60 000	$ 0	$ 60 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	$ 1 500 000		$ 7 900
5	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1 700 000	$ 68 000	$ 0	$ 68 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	$ 1 700.000		$ 8 900
6	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1 300 000	$ 52 000	$ 0	$ 52 000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	$ 1 300 000		$ 90 500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	4	$ 110 416	CCF24-COMPENSAR	$ 4 500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	26	$ 717 701	CCF24-COMPENSAR	$ 28 800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 2.000 000	CCF24-COMPENSAR	$ 80 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 1 500 000	CCF24-COMPENSAR	$ 60 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.700 000	CCF24-COMPENSAR	$ 68 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52 000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901029778	
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:		AURBANA SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	CLL 38 8 12 OFICINA 301 TELÉFONO:	7035370	
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras	
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).		SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NUMERO PLANILLA	7741697954	TIPO DE PLANILLA						E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACION SALUD.	MES	enero	AÑO 2020
DIAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2020/01/16	NUMERO AUTORIZACIÓN:						549346502

TOTAL **$ 2.055.700**

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79518607

banco popular

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	GRUPO GYB INGENIEROS SAS		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	900553486
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CARRERA 53 103 B 42 OFICINA 706	Teléfono	3737956
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7744066051**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	enero / 2020	Periodo Cotización Salud	febrero / 2020
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2020/02/12
Número Autorización	562834495		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	FRANCISCO ALEJANDRO	Apellidos	GALVIS DELGADO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	79518607
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 2.300.000	Salario Integral	NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN

Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 2.300.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 368.000
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 368.000**

SALUD

Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 2.300.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 92.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	$ 92.000

RIESGOS PROFESIONALES

Dias	30	Administradora	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 2.300.000
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 12.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 2.300.000	$ 92.000

TOTAL PAGADO:	**$ 564.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 52959828

banco popular

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	GRUPO GYB INGENIEROS SAS		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	900553486
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CARRERA 53 103 B 42 OFICINA 706	Teléfono	3737956
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7744066051**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	enero / 2020	Periodo Cotización Salud	febrero / 2020
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2020/02/12
Número Autorización	562834495		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	MARIA EUGENIA	Apellidos	BEJARANO BARRERA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	52959828
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 2.300.000	Salario Integral	NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 2.300.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 368.000
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 368.000**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS017-FAMISANAR
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 2.300.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 92.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 92.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 2.300.000
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 12.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 2.300.000	$ 92.000

TOTAL PAGADO:	**$ 564.100**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23782608		REYES COSTILLA YENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR # 70-80 CS 120	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	69162034	9402059443	I	2020/02/05	2020/01/31	BANCO DE OCCIDENTE	0	$255,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$255,600	$0	$0	$255,600

2020/01/31 09:32 AM

1762

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23782608		REYES COSTILLA YENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR # 70-80 CS 120	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	69162034	9402059443	I	2020/02/05	2020/01/31	BANCO DE OCCIDENTE	0	$255,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$0	$0		$0	$0
1	CC 23782608	REYES YENNY	231001	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800	CCF24	30	$877,803	$5,300		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$0	$0		$0	$0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79468260	0	LUIS HERNAN MAHECHA PULIDO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 71C N 52 34 OF 102		4105192			hernanmahecha2003@yahoo.com		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-01	2020-01	17280367	I	2020-02-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	696 600	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	17280367	2020-02-14	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	KGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot.	Tipo Cot	Sub Tipo Cot	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 79468260	MAHECHA PULIDO LUIS HERNAN	2.400.000															0			30	30	0	30	PROTECCION 230201	2.400.000	384.000	0	0	MIN002 - ADRES-MIN002	2.400.000	300.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	2.400.000	12.000	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	696.600	N

1764

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79468260	0	LUIS HERNAN MAHECHA PULIDO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 71C N 52 34 OF 102		4105192			hernanmahecha2003@yahoo.com		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

ODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-01	2020-01	17280367	I	2020-02-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	696.600	0	BANCOLOMBIA
AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	17280367	2020-02-14	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.400.000	2.400.000	2.400.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	384.000	0	0	0	384.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	384.000	0	0	0	384.000
EPS(Administradoras: 1)				1	300.000	0	0	0	300.000
MIN002 - ADRES	MIN002	901037916	1	1	300.000	0	0	0	300.000
ARP(Administradoras: 1)				1	12.600	0	0	0	12.600
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	12.600	0	0	0	12.600
Gran Total					696.600	0	0	0	696.600

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-02-26, 11 40:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1027802956

Periodo Cotización: enero de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2020

PAGADO 26/02/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAVIER ANTONIA MILLAN LOPEZ
Documento	CC79345746
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

Dirección	CR 42 #22 A - 03
Teléfono	3118538681
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79345746	JAVIER ANTONIO MILLAN LOPEZ	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.500.000	$ 240.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.500.000	$ 187.500	0.522	$ 1.500.000	$ 7.900	(I31)-CC) FIRAGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 435.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.500.000	$ 1.500.000	$ 1.500.000	$ 0	$ 240.000	$ 187.500	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 435.400	$ 4.600	$ 440.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

1766

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

UNIVERSAL SEC S.A.S.

PERSONAL ANTIGUO

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
1	SERVISEGURIDAD SAS	GUERRERO CORREDOR HANNER	80.125.709	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1026704749
2	SERVISEGURIDAD SAS	GARZON MARTINEZ CARLOS AUGUSTO	5.893.456	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1026704749
3	SERVISEGURIDAD SAS	RUBIO VEGA MAICOL ESTEBAN	1.023.933.050	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1026704749
4	SERVISEGURIDAD SAS	VELASQUEZ BOCANEGRA ELVER ARLEY	1.012.442.683	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1026704749
5	SERVISEGURIDAD SAS	PERALTA CASTELLANOS DORANCE	3.019.591	TRANSVERSAL	SUPERVISOR SERVISEGURIDAD	1026704749
6	SERVISEGURIDAD SAS	RIAÑO ROJAS CARLOS ADRIAN	80.415.480	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1026704749

Simple

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-01-17, 04:25:08 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 1026704749

Periodo Cotización: diciembre de 2019 **Periodo Servicio:** enero de 2020

PAGADO 17/01/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERVISEGUIND SAS	**Nombre Sucursal**	UNO	**Código Sucursal**	01
Documento	NI900735574	**Dirección**	CRA 77A 64C 31		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	5475389		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	SUAREZ YAMILE XIMENA	**Identificación**	NI 900735574		
Total Afiliados	6	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos		Cajas			Parafiscales				Tot
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																					Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Esc.	
CC 80125709	GUERRERO CORREDO HANNER	01	00																					0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 829,000	$ 132,700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 829,000	$ 33,200	6.960	$ 829,000	$ 57,700	(CCF26) COMFACUNDI	$ 829,000	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25
CC 5[illegible]3458	GARZON MARTINEZ CARLOS AUGUSTO	01	00																					0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 829,000	$ 132,700	(EPS005) EPS SANITAS	$ 829,000	$ 33,200	6.960	$ 829,000	$ 57,700	(CCF26) COMFACUNDI	$ 829,000	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24
CC 1023933050	RUBIO VEGA MAICOL ESTEBAN	01	00	X																				0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 276,334	$ 44,300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 276,334	$ 11,100	6.960	$ 276,334	$ 19,300	(CCF26) COMFACUNDI	$ 276,334	$ 11,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8
CC 1012442843	VELASQUEZ BOCANEGRA ELYER ANDEY	01	00	X																				0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 276,334	$ 44,300	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 276,334	$ 11,100	6.960	$ 276,334	$ 19,300	(CCF26) COMFACUNDI	$ 276,334	$ 11,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8
CC 3019591	PERALTA CASTELLANOS DORANCE	01	00																					0	0	30	30	30	NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 829,000	$ 33,200	6.960	$ 829,000	$ 57,700	(CCF26) COMFACUNDI	$ 829,000	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12
CC 79971480	RIANO ROJAS CARLOS ADRIAN	01	00	X																				0	10	10	10	10	(230801) PROTECCION (IBC + PROTECCION)	$ 276,334	$ 44,300	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 276,334	$ 11,100	6.960	$ 276,334	$ 19,300	(CCF26) COMFACUNDI	$ 276,334	$ 11,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2,487,002	$ 3,316,002	$ 3,316,002	$ 3,316,002	$ 398,300	$ 132,900	$ 231,000	$ 132,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 895,100	$ 0	$ 895,100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

1769

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
10	ANCER CONSTRUCCIONES	ALARCON YEISON	1.026.291.393	TRANSVERSAL	AYUDANTE	9402010335
11	ANCER CONSTRUCCIONES	ALFONSO CESAR	79.654.964	TRANSVERSAL	AYUDANTE	9402010335
12	ANCER CONSTRUCCIONES	ALFONSO YORDY	1.010.208.193	TRANSVERSAL	AYUDANTE	9402010335
13	ANCER CONSTRUCCIONES	AVILA ANGELICA	1.019.071.725	TRANSVERSAL	AYUDANTE	9402010335
14	ANCER CONSTRUCCIONES	GUTIERREZ CESAR STIVEEN	1.019.066.733	TRANSVERSAL	SUPERVISOR ANSER	9402010335
15	ANCER CONSTRUCCIONES	JIMENEZ SHIRLEIDYS	1.030.661.986	TRANSVERSAL	AYUDANTE	9402010335
16	ANCER CONSTRUCCIONES	ANA MATILDE MARTINEZ VILLEGAS	34.950.451	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	9402010335
17	ANCER CONSTRUCCIONES	ORTEGA YESID	1.002.274.242	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	9402010335
18	ANCER CONSTRUCCIONES	SANDRA MILENA PEÑA	1.024.472.425	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	9402010335
19	ANCER CONSTRUCCIONES	TORRES OSCAR	79.123.079	TRANSVERSAL	AUXILIAR ASEO	9402010335

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRUCTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E	7573874	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2020-01	553017296	9402010335	E	2020/01/14	2020/01/24	BANCOLOMBIA	10	$2,322,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: VILLAMARIA 2DO SECTOR (20 Afiliados)					$7,425,442	$1,189,900			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$518,100		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (20 Afiliados)					$7,425,442	$1,189,900			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$518,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (20 Afiliados)					$7,425,442	$1,189,900			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$518,100		$0	$0
1	CC	1026291393	ALARCON YERSON	13020	$828,116	$132,500	EPS00	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
2	CC	9464961	ALFONSO CESAR	23-20	$220,831	$35,400	EPS017	8	$220,831	$8,900	CCF24	8	$220,831	$8,900	14-11	8	$220,831	$15,400	8	$0	$0
3	CC	1010206193	ALFONSO YORDY	13020	$110,416	$17,700	CCF05	4	$110,416	$4,500	CCF24	4	$110,416	$4,500	14-11	4	$110,416	$7,700	4	$0	$0
4	CC	79221836	ARCILA JAIME	230301	$27,604	$4,500	EPS008	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
5	CC	80121583	ARROYO DIEGO	23-14	$27,604	$4,500	EPS008	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
6	CC	80113378	ARROYO ROBERTO	23-14	$27,604	$4,500	EPS044	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
7	CC	1019891225	AVILA ANGELICA	230301	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
8	CC	1101471731	BALDRUS JEAN	230301	$27,604	$4,500	EPS037	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
9	CC	80179571	BARBOSA FREDY	23030	$27,604	$4,500	EPS017	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
10	CC	1118807180	BRAYD DAMER	23020	$220,831	$35,400	EPS032	8	$220,831	$8,900	CCF24	8	$220,831	$8,900	14-11	8	$220,831	$15,400	8	$0	$0
11	CC	1019924856	FLOR JOHN	230201	$27,604	$4,500	EPSC34	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
12	CC	1019066733	GUTIERREZ CESAR	230201	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
13	CC	1012346128	JIMENEZ CARLOS	23-14	$27,604	$4,500	EPS008	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
14	CC	78020225	JIMENEZ EDINSON	230201	$27,604	$4,500	ESSC07	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
15	CC	1030661986	JIMENEZ SHIRLEY[illegible]	8304	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
16	CC	79950451	MARTINEZ ANA	23-14	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
17	CC	1002774243	ORTEGA YESID	23030	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
18	CC	1024472425	PEÑA SANDRA	230201	$828,116	$132,500	EPS044	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
19	CC	1061428955	REINOSA JUAN	230201	$27,604	$4,500	EPS017	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0
20	CC	7913079	TORRES OSCAR	230201	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
Total	Afiliados(20)				$7,425,442	$1,189,900			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$298,700			$7,425,442	$518,100		$0	$0

2020/01/23 08:56 PM

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLANARIA 200 SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2020-01	553017296	9402010335	E	2020/01/14	2020/01/24	BANCOLOMBIA	10	$2,322,000

RESUMEN DE PAGO

PUESTO	codigo	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				20	$1,189,000	$8,700	$0	$1,197,700
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	2	$70,800	$600	$0	$71,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$146,000	$1,100	$0	$147,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$428,700	$3,100	$0	$431,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$543,500	$3,900	$0	$547,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				20	$518,100	$3,800	$0	$521,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	20	$518,100	$3,800	$0	$521,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				20	$298,700	$2,200	$0	$300,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	20	$298,700	$2,200	$0	$300,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				20	$298,700	$2,800	$0	$301,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$1,200	$100	$0	$1,300
COMFACUNDI	CCFC53	860,045,904	7	1	$4,500	$100	$0	$4,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$2,400	$100	$0	$2,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	7	$144,100	$1,100	$0	$145,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	2	$34,400	$300	$0	$34,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$1,200	$100	$0	$1,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,200	$100	$0	$1,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$42,100	$400	$0	$42,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$67,600	$500	$0	$68,100
TOTAL				28	$2,304,500	$17,500	$0	$2,322,000

1772

26

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
20	CONSORCIO PRUNI	GOMEZ ALDANA DANIEL FELIPE	1.018.480.030	TRANSVERSAL	AUXILIAR TECNICO	39852708
21	CONSORCIO PRUNI	GUZMAN MUNAR JAVIER SEBASTIAN	1.024.266.805	TRANSVERSAL	AUXILIAR TECNICO	39852708
22	CONSORCIO PRUNI	SALCEDO QUINTERO MAYCOLL	1.024.527.597	TRANSVERSAL	AUXILIAR	39852708
23	CONSORCIO PRUNI	OSORIO QUINTERO BRAYAN STIVEN	1.026.301.207	TRANSVERSAL	AUXILIAR	39852708
24	CONSORCIO PRUNI	LEAL VARGAS JUAN JOSE	1.032.470.073	TRANSVERSAL	AUXILIAR TECNICO	39852708
25	CONSORCIO PRUNI	JHON VENAVIDEZ LEIDY NATALIA	1.110.570.029	TRANSVERSAL	AUX ADMINISTRATIVA	39852708
26	CONSORCIO PRUNI	ROMERO LEAL TANIA ERIKA	37.510.531	TRANSVERSAL	RESIDENTE SST	39852708
27	CONSORCIO PRUNI	CARBACAS GOMEZ MARILUZ	45.530.754	TRANSVERSAL	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	39852708
28	CONSORCIO PRUNI	RUIZ OLAYA ZORAYA	52.084.547	TRANSVERSAL	RESIDENTE TECNICA	39852708
29	CONSORCIO PRUNI	PARRA JIMENEZ SANDRA LUCIA	52.261.860	TRANSVERSAL	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	39852708
30	CONSORCIO PRUNI	BOLAÑO CRUZ INGRID ALEJANDRA	55.131.681	TRANSVERSAL	RESIDENTE DE OBRA	39852708
31	CONSORCIO PRUNI	FONSECA VARGAS WILLIAM	74.381.366	TRANSVERSAL	RESIDENTE SST	39852708
32	CONSORCIO PRUNI	GOMEZ GARCES FREDI	79.416.146	TRANSVERSAL	DIRECTOR DE OBRA	39852708
33	CONSORCIO PRUNI	ORTIZ GONZALEZ JOSE MAURICIO	79.622.037	TRANSVERSAL	AUXILIAR	39852708

compens niplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUT QUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				14	0
2020-01	2019-12	E	20/01/2020	39852708	TOTAL A PAGAR	
					$9.179.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC53	EPS-S Comfacundi	860045904-7	33.200	0		0		0	4	100	0	33.300	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	120.000	0		0		0	4	400	0	120.400	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	201.200	0		0		0	4	600	0	201.800	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	120.000	0		0		0	4	400	0	120.400	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	260.000	0		0		0	4	800	0	260.800	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	297.200	0		0		0	4	900	0	298.100	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	140.000	0		0		0	4	500	0	140.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	612.500	0	0	0	0	4	1.800	0	614.300	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.312.000	0	0	0	0	4	3.800	0	1.315.800	5
231001	Colfondos	800227940-6	1.040.000	0	0	17.500	17.500	4	3.000	200	1.078.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.721.000	0	0	25.000	25.800	4	5.000	200	1.776.200	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.038.500				2.038.500	4	5.900	2.044.400			20.365	2.044.400	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.171.600	4	3.400	1.175.000	14

PAGADA 39852708

compens[illegible]miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTO[illegible]QUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				14	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-01	2019-12	E	20/01/2020	39852708	$9.179.200	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1018480030	GOMEZ ALDANA DANIEL FELIPE	1	0			S							X										230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF21	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
1024266805	GUZMAN MUNAR JAVIER SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS002	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	5	83.600	CCF21	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
1024527597	SALCEDO QUINTERO MAYCOLL	1	0			S																	230201	828.116	132.500	0	0	0	0	CCFC53	828.116	33.200	14-11	828.116	5	57.700	CCF21	828.116	33.200	0	0	0	0	0
1026301207	OSORIO QUINTERO BRAYAN STIVEN	1	0			S																	25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS002	828.116	33.200	14-11	828.116	5	57.700	CCF21	828.116	33.200	0	0	0	0	0
1032470073	LEAL VARGAS JUAN JOSE	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS010	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF21	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
1110570029	JOHN VENAVIDEZ LEIDY NATALIA	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.600	CCF21	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
37510531	ROMERO LEAL TANIA ERIKA	1	0			S																	230201	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS002	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
45530754	CABARCAS GOMEZ MARILUZ	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS001	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
52084547	RUIZ OLAYA ZORAYA	1	0			S																	231001	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
52281860	PARRA JIMENEZ SANDRA LUCIA	1	0			S	X																25-14	1.100.000	176.000	0	0	0	0	EPS017	1.100.000	44.000	14-11	1.100.000	5	76.600	CCF21	1.100.000	44.000	0	0	0	0	0
55131681	BOLAÑOS CRUZ INGRID ALEJANDRA	1	0			S																	231001	3.500.000	560.000	0	0	17.500	17.500	EPS037	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF21	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
74381366	FONSECA VARGAS WILLIAM	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS037	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF21	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
79418146	GOMEZ GARCES FREDI	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS010	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF21	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
79622037	ORTIZ GONZALEZ JOSE MAURICIO	1	0			S																	25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS017	828.116	33.200	14-11	828.116	5	57.700	CCF21	828.116	33.200	0	0	0	0	0

PAGADA

1775

240

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
34	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	RUIZ TORDECILLA CARLOS ALFREDO	1.003.066.311	TRANSVERSAL	AYUDANTE	39982837
35	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL	1.003.066.621	TRANSVERSAL	AYUDANTE	39982837
36	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CASTELLANOS RAMOS KEVIN	1.032.458.504	TRANSVERSAL	AYUDANTE	39982837
37	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CARABALLO MACHADO SAMIS ARNEY	78.035.457	TRANSVERSAL	AYUDANTE	39982837
38	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CASTELLANOS MORENO JORGE ELIECER	79.492.402	TRANSVERSAL	JEFE	39982837

compens miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900447439-3	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CRA 65 NO. 100-15 TORRES 5 APTO 1903	7493312	stejun8@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				5	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-01	2019-12	E	14/01/2020	39982837	$1.951.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	461.700	0		0		0	1	400	0	462.100	3
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	86.400	0		0		0	1	100	0	86.500	2

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	271.000	0	0	0	0	1	200	0	271.200	2
230301	Porvenir	800224808-8	430.500	0	0	0	0	1	400	0	430.900	3

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	305.200				305.200	1	300	305.500			3.052	305.500	5

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	175.500	1	200	175.700	5

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
87.800	1	100	87.900	5
ICBF				
131.600	1	100	131.700	5
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	548.100	548.600
Pensión	2	701.500	702.100
Riesgos Laborales	1	305.200	305.500
CCF	1	175.500	175.700
ESAP	0	0	0
ICBF	1	131.600	131.700
MEN	0	0	0
SENA	1	87.800	87.900
TOTALES	6	1.949.700	1.951.500

PAGADA 39828837

1777

2

compens[illegible]miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUT[illegible]QUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900447439-3	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CRA 65 NO. 100-15 TORRES 5 APTO 1903	7493312	stejun8@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				5	0
2020-01	2019-12	E	14/01/2020	39982837	TOTAL A PAGAR	
					$1.951.500	

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMECOOR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1003066311	RUIZ TORDECILLA CARLOS ALFREDO	1	0			N	X																230301	193.228	31.000	0	0	0	0	EPS017	193.228	24.200	14-11	193.228	5	13.500	CCF24	193.228	7.800	193.228	3.900	5.800	0	0
1003066621	MURILLO SANCHEZ KEINER MANUEL	1	0			N	X																230201	193.228	31.000	0	0	0	0	ESSC07	193.228	24.200	14-11	193.228	5	13.500	CCF24	193.228	7.800	193.228	3.900	5.800	0	0
1032458504	CASTELLANOS RAMOS KEVIN	1	0			N																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	187.500	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF24	1.500.000	60.000	1.500.000	30.000	45.000	0	0
78035457	CARABALLO MACHADO SAMIS ARNEY	1	0			N	X																230301	496.870	79.500	0	0	0	0	ESSC07	496.870	62.200	14-11	496.870	5	34.600	CCF24	496.870	19.900	496.870	10.000	15.000	0	0
79492402	CASTELLANOS MORENO JORGE ELIECER	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0

PAGADA

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
39	INGENIERIA Y PROTECCION SAS	DIEGO ALFREDO CUADRADO MARTIN	1.014.223.566	TRANSVERSAL	AYUDANTE	42894952
40	INGENIERIA Y PROTECCION SAS	JORGE ANDRES GALINDO CAMARGO	1.020.755.987	TRANSVERSAL	OFICIAL	42894952
41	INGENIERIA Y PROTECCION SAS	CARLOS OMAR CUBIDES GIRALDO	1.023.869.869	TRANSVERSAL	AYUDANTE	42894952
42	INGENIERIA Y PROTECCION SAS	JOSE GABRIEL GONZALEZ GARZON	1.140.850.525	TRANSVERSAL	AYUDANTE	42894952
43	INGENIERIA Y PROTECCION SAS	YEFERSON DARIO AGUIRRE BLANCO	80.118.148	TRANSVERSAL	JEFE	42894952
44	INGENIERIA Y PROTECCION SAS	LUIS ANGEL MENDEZ RODRIGUEZ	93.362.109	TRANSVERSAL	AYUDANTE	43134964

ARUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-01-09, 11:50:25 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 42894952

Periodo Cotización: diciembre de 2019 **Periodo Servicio:** enero de 2020

PAGADO 09/01/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGENIERIA Y PROTECCION SAS		
Documento	NI900804388	**Dirección**	CL 47B SUR #13 B - 69
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3192093420
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CUADRADO MARTIN DIEGO ALFREDO	**Identificación**	CC 1014223566
Total Afiliados	8	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	INT	ERT	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días ERP	Días APF	Días COT	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1014191371	MYRIAM ROCIO CUADRADO MARTIN	01	00	X	X														0	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 55,206	$ 8,900	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 55,206	$ 7,000	6,960	$ 55,206	$ 9,900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 55,206	$ 2,300	$ 1,200	$ 1,700	$ 0	$ 0	$ 25,000
CC 1014223566	DIEGO ALFREDO CUADRADO MARTIN	01	00																0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828,114	$ 132,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828,114	$ 105,650	6,960	$ 828,114	$ 57,700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 828,114	$ 33,200	$ 18,000	$ 24,900	$ 0	$ 0	$ 383,500
CC 1020758967	JORGE ANDRES GALINDO CAMARGO	01	00	X															0	9	9	9	(230301) PORVENIR	$ 248,436	$ 39,800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 248,435	$ 31,100	6,960	$ 248,436	$ 17,300	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 248,436	$ 10,000	$ 5,000	$ 7,500	$ 0	$ 0	$ 110,700
CC 1023899869	CARLOS OMAR CUBILLOS RIVALDO	01	00																0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828,114	$ 132,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828,114	$ 105,650	6,960	$ 828,114	$ 57,700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 828,114	$ 33,200	$ 18,000	$ 24,900	$ 0	$ 0	$ 383,500
CC 1073691493	EDILSON HERNANDO MATEUS FORERO	01	00	X	X														0	15	15	15	(231001) COLFONDOS	$ 414,058	$ 88,300	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 414,058	$ 51,800	6,960	$ 414,058	$ 29,900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 414,058	$ 16,600	$ 9,300	$ 12,900	$ 0	$ 0	$ 184,400
CC 1140850528	LUIS FELIPE GACEDO SALINAS	01	00	X	X														0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 414,058	$ 66,300	(EPS034) MEDIMAS EPS	$ 414,058	$ 51,800	6,960	$ 414,058	$ 29,900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 414,058	$ 16,600	$ 9,300	$ 12,900	$ 0	$ 0	$ 184,400
CC 80066070	JOSE GABRIEL GONZALEZ GARZON	01	00	X															0	9	9	9	(230301) PORVENIR	$ 248,436	$ 39,800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 248,435	$ 31,100	6,960	$ 248,436	$ 17,300	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 248,436	$ 10,000	$ 5,000	$ 7,500	$ 0	$ 0	$ 110,700
CC 80116149	JEFFERSON DARIO AGUIRRE BLANCO	01	00																0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828,114	$ 132,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828,114	$ 105,650	6,960	$ 828,114	$ 57,700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 828,114	$ 33,200	$ 18,000	$ 24,900	$ 0	$ 0	$ 383,500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Sanción a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3,864,542	$ 3,864,542	$ 3,864,542	$ 3,864,542	$ 618,600	$ 483,600	$ 269,400	$ 155,100	$ 77,600	$ 116,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,720,700	$ 0	$ 1,720,700

ARUS, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Linea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

1780

C-1

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-01-31, 01:54:34 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 43134964

Periodo Cotización: diciembre de 2019 **Periodo Servicio:** enero de 2020

PAGADO 31/01/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGENIERIA Y PROTECCION SAS		
Documento	NI900804388	**Dirección**	CL 47B SUR #13 B - 69
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3192093420
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CUADRADO MARTIN DIEGO ALFREDO	**Identificación**	CC 1014223566
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 93362109	LUIS ANGEL MENDEZ RODRIGUEZ	01	00	X																0	15	15	15	15	(25-14) COLPENSIONES	$ 414.058	$ 66.300	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 414.058	$ 51.800	6,960	$ 414.058	$ 28.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 414.058	$ 16.600	$ 8.300	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 184.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 414.058	$ 414.058	$ 414.058	$ 414.058	$ 66.300	$ 51.800	$ 28.900	$ 16.600	$ 8.300	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.400	$ 1.200	$ 185.600

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
45	ASESOR HIDRAULICO	SUAREZ MAYORGA CARLOS AUGUSTO	7.185.013	TRANSVERSAL	ASESOR	39878694

Compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7185013	CARLOS AUGUSTO SUAREZ MAYORGA	CALLE 161 #96-13	7006307	ausuarez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-12	2019-12	I	09/01/2020	39878694	$241.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	103.700	0		0		0	2	200	0	103.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	132.700	0	0	0	0	2	200	0	132.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	4.400				4.400	2	100	4.500			44	4.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	103.700	103.900
Pensión	1	132.700	132.900
Riesgos Laborales	1	4.400	4.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	240.800	241.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

39878694

Compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA D AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7185013	CARLOS AUGUSTO SUAREZ MAYORGA	CALLE 161 #96-13	7006307	ausuarez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-12	2019-12	I	09/01/2020	39878694	TOTAL A PAGAR	
					$241.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7185013	SUAREZ MAYORGA CARLOS AUGUSTO	59	0			N																	231001	829.000	132.700	0	0	0	0	EPS005	829.000	103.700	14-7	829.000	1	4.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
46	ASESOR ELECTRICO	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	75.064.933	TRANSVERSAL	ASESOR	1026328128

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-01-13, 09:46:24 a. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1026328128

Periodo Cotización 201912 **Periodo Servicio** 202001

PAGADA 2020-01-03 13:34:22.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGERETIE SAS				
Documento	NI 900735305	**Dirección**	CR 20 #45 A - 08		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6408684		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	3
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	**Identificación**	CC 75064933		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 75064933		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF								Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Codigo EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30							$ 828.116	25-14		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS010		4 %	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 828.116	$ 57.700	CCF24	4 %	$ 828.116	$ 33.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 33.200	$ 57.700	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
47	ASESOR ESTRUCTURAL	PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACABO	80.073.609	TRANSVERSAL	ASESOR	9401068427

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80073609		PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 127 46 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9261776	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	551599376	9401068427	I	2020/01/07	2020/01/21	BANCO CAJA SOCIAL	14	$395,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 80073609	PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	25-14	30	$1,350,000	$216,000	EPS044	30	$1,350,000	$168,800		0	$0	$0	14-2	30	$1,350,000	$7,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,350,000	$216,000			$1,350,000	$168,800			$0	$0			$1,350,000	$7,100		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$216,000	$2,200	$0	$218,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$216,000	$2,200	$0	$218,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,100	$100	$0	$7,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,100	$100	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,800	$1,700	$0	$170,500
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$168,800	$1,700	$0	$170,500
TOTAL				1	$391,900	$4,000	$0	$395,900

2020/01/22 09:42 AM

1788

283

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
7	TRANSPORTES ANGIE ROMERO	JHON FREDY LOZANO MATEUS	1.018.418.642	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	9402297570
8	TRANSPORTES ANGIE ROMERO	PEDRO ELKIN ROMERO DUQUINO	80.133.031	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	9402297570
9	TRANSPORTES ANGIE ROMERO	WILMARK ALEJANDRO ROMERO DUQUINO	79.939.510	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	9402297570

PAGOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

William Fonseca vargas <pruniimprentalievano@gmail.com> 11 de febrero de 2020 a las 11:25
Para: marthaduquino1@hotmail.com
CC: imprenta.pruni@gmail.com, directorpruni04@gmail.com, gerencia@prismauniversal.com

Buenos Dias

De manera atenta solicito a ustedes el pago de PARAFISCALES correspondientes al periodo de ENERO DEL 2020.

Agradezco atención prestada

Atte

WILLIAM FONSECA VARGAS

RESIDENTE SST

CONSORCIO PRUNI SEDE 04

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901149648	1	TRANSPORTES ANGIE ROMERO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA	TRV 5C No 127A-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8013721	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2020-01	555830287	9402297570	E	2020/01/14	2020/01/30	BANCO DAVIVIENDA	16	$36,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1018418642	LOZANO MATEUS JOHN FREDY	25-14	1	$27,604	$4,500	EPS008	1	$27,604	$1,200	CCF22	1	$27,604	$1,200	14-23	1	$27,604	$1,300	1	$0	$0
2	CC	1020801053	ROMERO DUQUINO ANGIE KATHERINE	230301	1	$40,000	$6,400	EPS010	1	$40,000	$1,600	CCF22	1	$40,000	$1,600	14-23	1	$40,000	$1,800	1	$0	$0
3	CC	80133031	ROMERO DUQUINO PEDRO ELKIN	230301	1	$27,604	$4,500	EPS002	1	$27,604	$1,200	CCF22	1	$27,604	$1,200	14-23	1	$27,604	$1,300	1	$0	$0
4	CC	79939510	ROMERO DUQUINO WILMARK ALEJANDRO	25-14	1	$27,604	$4,500	EPS008	1	$27,604	$1,200	CCF22	1	$27,604	$1,200	14-23	1	$27,604	$1,300	1	$0	$0
Total	**Afiliados(4)**					$122,812	$19,900			$122,812	$5,200			$122,812	$5,200			$122,812	$5,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$19,900	$400	$0	$20,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$9,000	$200	$0	$9,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$10,900	$200	$0	$11,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$5,700	$100	$0	$5,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$5,700	$100	$0	$5,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$5,200	$100	$0	$5,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	4	$5,200	$100	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$5,200	$300	$0	$5,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$2,400	$100	$0	$2,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,600	$100	$0	$1,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,200	$100	$0	$1,300
TOTAL				4	$36,000	$900	$0	$36,900

2020/01/31 02:42 PM

1791

286

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO ENERO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA ENERO
48	HIDROALFA	FAJARDO ANZOLA PEDRO JULIO	79.246.381	TRANSVERSAL	OFICIAL	39400393

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfases.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo tres	Grupo tres	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-12	2019-11	E	17/12/2019	39400393	$837.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	53.900	0		0		0	6	300	0	54.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	53.900	0		0		0	6	300	0	54.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	430.800	0	0	0	0	6	1.900	0	432.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	187.400				187.400	6	900	188.300			1.674	188.300	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	107.800	6	500	108.300	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	107.800	108.400
Pensión	1	430.800	432.700
Riesgos Laborales	1	187.400	188.300
CCF	1	107.800	108.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	833.800	837.700

PAGADA
39400393

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	Grupo tres	Grupo tres	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-12	2019-11	E	17/12/2019	39400393	$837.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cuenta ECOPE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4786363	MEDINA UL JAIRO	1	0			S																	230201	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS017	1.345.787	53.900	14-7	1.345.787	5	93.700	CCF24	1.345.787	53.900	0	0	0	0	0
2	CC	79246381	FAJARDO ANZOLA PEDRO JULIO	1	0			S																	230201	1.345.787	215.400	0	0	0	0	EPS001	1.345.787	53.900	14-7	1.345.787	5	93.700	CCF24	1.345.787	53.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO No. 10

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

UNIVERSAL SEC S.A.S.

PERSONAL NUEVO

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSOLIDADO PERSONAL NUEVO QUE INGRESO EN EL PERIODO ENERO 2019

	EMPRESA	CENTRO DE TRABAJO	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA CERTIFICADO DE ALTURAS	EXAMEN MEDICO INGRESO	INGRESO / NO INGRESO
1	ANCER CONSTRUCTOR SAS	IMPRENTA DISTRITAL	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	1.023.939.775	ASEO	N/A	8/01/2020	SI
2	ANCER CONSTRUCTOR SAS	IMPRENTA DISTRITAL	CRSITIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ	1.053.844.276	ASEO	N/A	26/08/2019	SI
3	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	ELIAS PORRAS JAIME	91.151.231	OFICIAL	5/05/2020	21/01/2020	SI
4	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	JOSE RAFAEL HERRERA JULIO	1.023.921.273	AYUDANTE	2/04/2020	18/01/2020	SI
5	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	PATROCINIO CASTELLANOS MARTINEZ	91.343.172	OFICIAL	N/A	21/01/2020	SI
6	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	LUIS EDUARDO MUÑOZ MANJARREZ	1.123.730.397	OFICIAL	N/A	17/01/2020	SI
7	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	DAVID SOLAR HOYOS	1.037.472.861	AYUDANTE	1/03/2020	18/01/2020	SI
8	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	LUIS FERNEY REYES RAMOS	10.769.469	AYUDANTE	23/06/2020	22/01/2020	SI
9	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	ERIBALDO ANTONIO CASTRO ROBLES	80.103.230	OFICIAL	N/A	28/01/2020	SI
10	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	1.049.930.112	OFICIAL	N/A	28/01/2020	SI
11	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	YEISON DIAZ JULIO	1.050.955.439	AYUDANTE	N/A	28/01/2020	SI
12	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	80.871.279	MAESTRO	N/A	31/01/2020	SI
13	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	JOSE ALEXANDER ORTIZ MUÑOZ	79.971.621	OFICIAL	N/A	29/01/2020	SI
14	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	4.837.625	AYUDANTE	N/A	29/01/2020	SI
15	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	LIBARDO VALOYES VALENCIA	79.722.611	OFICIAL	N/A	29/01/2020	SI
16	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	11.707.366	OFICIAL	N/A	28/01/2020	SI
17	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	JULIO MENA MENA	1.033.789.264	AYUDANTE	N/A	28/01/2020	SI
18	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	1.003.932.556	AYUDANTE	N/A	28/01/2020	SI
19	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	77.132.092	OFICIAL	N/A	31/01/2020	SI

20	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	11.705.453	AYUDANTE	N/A	28/01/2020	SI
21	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	1.007.614.754	OFICIAL	N/A	29/01/2020	SI
22	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	1.126.119.523	OFICIAL	N/A	28/01/2020	SI
23	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	ISAIAS MANUEL MURILLO BORJA	1.003.290.026	OFICIAL	27/04/2020	30/01/2020	SI
24	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	LUIS ENRIQUE BALDOVINO DELGADO	1.102.119.981	OFICIAL	17/12/2020	30/01/2020	NO
25	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	JONATAN JAVIER TORRECILLA MEJIA	1.047.385.619	OFICIAL	31/03/2020	30/01/2020	SI
26	CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	BAIRON ANDRES CARDENAS DIAZ	1.102.807.987	AYUDANTE	11/10/2020	30/01/2020	NO
27	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	MILTON JOSE PALMA MOSQUERA	11.806.063	AYUDANTE	14/08/2020	26/01/2020	SI
28	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	ALBENIDES MESA MOSQUERA	80.009.202	AYUDANTE	N/A	16/01/2020	SI
29	AGR INGENIERIA SAS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	EDGAR CARDENAS GALINDO	4.183.310	AYUDANTE	N/A	16/06/2019	SI
30	CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	EVERLEY MOSQUERA CUESTA	11.810.876	AYUDANTE	2/10/2020	17/01/2020	SI

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.939.775
GARZON RAMIREZ
APELLIDOS
XIOMARA GIMENA
NOMBRES

Xiomara Jimena Garzon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

29-ENE-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00436182-F-1023939775-20130520 0033089541A 1 39756422

ARL | sura

Medellín, 08 de enero de 2020

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 ANCER CONSTRUCTOR SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000009 CENTRO MEMORIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C102393977 5	GARZON RAMIREZ XIOMARA GIMENA	09/01/2020		Y1602395	DEPENDIENTE

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 08/01/2020 11:16:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.102.61.227, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.939.775**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 08 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

94

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004598564	0|7|0|1|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GARZON (Primer apellido)	RAMIREZ (Segundo apellido)	XIOMARA (Primer nombre)	GIMENA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1023939775	Femenino ☒ Masculino ☐	1|4|0|1|1|9|9|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.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 100 50 49 BRR BOSA PORVENIR	3452312		NT@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
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)
ANCER CONSTRUCTOR SAS	NIT	901206646	01

Ubicación				
DG 151 B 136 A 80 CA 39 (Dirección)	3474324 (Teléfono)	ANCERCONSTRUCTOR@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4004598564

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|8|0|1|2|0|2|0

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 Réglmen 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

Xiomara Garzon	Angelica Ayala
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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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.

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 del 17/09/2019 Secretaría de Salud de Bogotá
Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico



EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Empresa ANCER CONSTRUCTOR SAS NIT 901 206646-1 Fecha 8/1/20

Nombre XIOMARA GIMENA GARZON Documento 1023939775

Cargo Servicios generales EPS Salud Total ARL. Edad 24

Dirección Bosa porvenir Teléfono 3134568327 Hemoclasificación O+

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

Trabajo en alturas	✓	Egreso		Periódico		Reubicación	
Ingreso Laboral	✓	Manipulación alimentos		Espacios Confinados			
otros							

EXAMENES REALIZADOS

Examen Físico	✓	Visiometría	✓	Glicemia	
Perfil lipídico		Énfasis músculo esquelético	✓	Audiometría	
Espirometría		Frotis faríngeo		KOH uñas	

CONCEPTO MEDICO

Apto para el cargo	✓	Apto con recomendaciones	
Apto con restricciones laborales		Aplazado	
Apto con patologías que no generan restricción		No apto	

RESTRICCCIONES LABORALES Y/O RECOMENDACIONES

Apto ingreso laboral y trabajo en alturas
.control peso

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y las recomendaciones respectivas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social establece que el empleador solo pude conocer el concepto médico del examen .La historia clínica y exámenes paraclínicos deben ser puestos en custodia en IPS, médico especialista o enviados a EPS a que pertenezca el trabajador quien igualmente tiene derecho a tener copia del su historial . Se entregan para el trabajador examen físico y paraclínicos y se informa sobre los resultados de su evaluación médica.

Gimena Garzón
Firma del trabajador

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista en Salud Ocupacional (SST)
Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 de 17 /09 / 2019
Secretaría de Salud de Bogotá
Firma y sello del profesional médico

Atención Telefónica y de Pacientes únicamente de Lunes a Sábado de 6:00 a. m. a 12:30 p. m.
Confirmación de exámenes al correo electrónico

*Transversal 94 No. 80A - 75 Piso 2 * Tel.: 472 82 16 - 310 799 8598*
E-mail: gespinelmedicinalaboral@hotmail.com - Bogotá D.C.
Horario de 6:00 a. m. - 12:30 p. m. de Lunes a Sábado



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-AGO-2013 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0900100-00906432-M-1053844276-20170515 0055436256A 2 9999878541



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.053.844.276
SANCHEZ GUTIERREZ
APELLIDOS
CRISTIAN DAVID
NOMBRES
Cristian David S.G
FIRMA

ARL | sura

Medellín, 09 de enero de 2020

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 ANCER CONSTRUCTOR SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000009 CENTRO MEMORIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C105384427 6	SANCHEZ GUTIERREZ CRISTIAN DAVID	10/01/2020		6025177W	DEPENDIENTE

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 09/01/2020 18:02:58 .

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

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

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.844.276**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 09 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004614990	0|9|0|1|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SANCHEZ (Primer apellido)	GUTIERREZ (Segundo apellido)	CRISTIAN (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1053844276	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|0|6|1|9|9|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.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

DG 41 NO 1 E 15 (Dirección)	2315635 (Telefono fijo)	(Telefono celular)	NT@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	(Localidad / comuna)	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ANCER CONSTRUCTOR SAS	NIT	901206646	01

-alicación				
DG 151 B 136 A 80 CA 39 (Dirección)	3474324 (Teleéfono)	ANCERCONSTRUCTOR@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

101

No de Radicacion
4004614990

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|0|1|2|0|2|0

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

Cristian David Sanchez	Angelica avila
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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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.

IPS: UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA OLAYA

Sede / Orden: 35 / 00003002369922 Fecha:26/08/2019 EMPRESA: DORANCE PERALTA CASTELLANOS. NIT 3019591-6

Paciente:CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ Identificación:1,053,844,276 Edad: 24Años Sexo: M
Tipo de paciente: AMBULATORIO Servicio: CONSULTA
Medico tratante:DRA ELIDANIA PEREZ DIAZ

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 3673 de 2008 MPS

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA,AGOSTO 26 DEL 2019
NOMBRE DEL TRABAJADOR: CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ Identificación: 1.053.844.276 Edad: 24 Años Sexo: M

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: periódico Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y espacios confinados.
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	NORMAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NORMAL
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE	98%
4. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	NORMAL
5. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
6. GLICEMIA	NORMAL
7. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
10. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES
11. VARIABLES FISICAS: FRECUENCIA CARDIACA 84 / PESO 75 Kg. / ESTATURA 1.85 CM / TENSION ARTERIAL 110/80 mmHg	

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	NINGUNA		

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1. APTO SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS.	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	

- Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

NIT No. 900843677-8

TLF 3014420886 EMAIL: jjcuellar@gmail.com

Dra. Elidania Perez
MEDICINA GENERAL
R: 59423

Dra. ELIDANIA PEREZ DIAZ FIRMA MEDICO GENERAL RM: 59423	Cristian David S.G FIRMA DEL TRABAJADOR C.C: 1053844276	HUELLA INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.151.231

PORRAS JAIMES
APELLIDOS

ELIAS
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1962
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

30-MAY-1980 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500119-47152225-M-0091151231-20060911 06636 06254N 02 214780171

Medellín, 17 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transaccion	Tipo Cotizante
C1123730397	MUÑOZ MANJARRES LUIS EDUARDO	18/01/2020		92221823	DEPENDIENTE
C93434226	ORTIZ TRIANA ALFONSO	18/01/2020		2223X244	DEPENDIENTE
C91151231	PORRAS JAIMES ELIAS	18/01/2020		Z239zS24	DEPENDIENTE
C91343172	CASTELLANOS MARTINEZ PATROCINIO	18/01/2020		Y3217239	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732001752240

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/01/2020 14:30:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PORRAS JAIMES ELIAS** identificado(a) con **CC** número **91.151.231** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de enero de 1995 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20200120175151

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ELIAS PORRAS JAIMES identificado(a) con CC 91151231 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	10/04/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 11 días del mes de Febrero del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

DAYANA XIMENA ORTIZ SEQUERA
CONSULTOR INTEGRAL REGIONAL
EPS FAMISANAR S.A.S

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 3 Bogotà, Enero 21 de 2020 Hora: 15,44

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 91151231 **PACIENTE:** PORRAS JAIMES ELIAS
FECHA NACIMIENTO: Enero 23 de 1962 **LUGAR:** CUCUTA NORTE DE SANT **EDAD:** 57
ESTADO CIVIL: CASADO (A) **No HIJOS:** 3 **SEXO:** Masculino
ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **AFP:** COLFONDOS
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL SEMESTRAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVA

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL
USO DE DOBLE PROTECTOR AUDITIVO

RESTRICCIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OTORRINO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Recomendaciones Dietarias
Capacitación en CURSO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL / AUDITIVO

OBSERVACIONES

CONTROL URGENTE POR OPTOMETRIA PARA DEFINIR NUEVA FORMULA

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuevas S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		Elias Porras FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: PORRAS JAIMES ELIAS
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 91151231

ANDRES BECERRA
321 391 6453

ASESORIAS Y SOLUCIONES VERTICALES S.A.S.

Nit.: 901.165.420-7 Licencia SST N° 4970 del 12 Abril de 2018

VERTICAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1178 del Ministerio de Trabajo y Resolución 1409 del Ministerio de Trabajo

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento a

PORRAS JAIMES ELIAS

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO 91151231

Quien cursó y aprobó satisfactoriamente el programa de formación de Trabajo Seguro en Alturas

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Realizado desde el 04 de Mayo hasta el 05 de Mayo del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 20 horas

La presente certificación se emite a los 05 días del mes de Mayo del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° PPG- 91151231

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA
Licencia S O N° 2921/14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

CESAR CASAS DIAZ
Asesorías y Soluciones Verticales S.A.S
Representante Legal

BUREAU VERITAS Certification

Aprobación del Ministerio de Trabajo N.°
08SE2018220000000025376
Calle 44 d sur 72-05/

La autenticidad de este documento puede ser validada en la página [illegible]
Tel.: 3144707637

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.921.273**

HERRERA JULIO

APELLIDOS

JOSE RAFAEL

NOMBRES

Josefaceherajulio

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1992**

MAHATES
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

13-DIC-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00278792-M-1023921273-20110128 0025627650A 1. 35686191

ARL | sura

Medellín, 20 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C10769469	REYES RAMOS LUIS FERNEY	21/01/2020		16616521	DEPENDIENTE
C1023983969	HERNANDEZ AREVALO YONATHAN MANUEL	21/01/2020		C60X2220	DEPENDIENTE
C1023921273	HERRERA JULIO JOSE RAFAEL	21/01/2020		27131m15	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732002057457

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 20/01/2020 15:57:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA JULIO JOSE RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **1.023.921.273** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de marzo de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202001201752

NIT 830.003.564-7

9006435075

Fecha de radicación: 20 01 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] 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 familia [ ] 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			
HERRERA	JULIO	JOSE	RAFAEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023921273	Femenino [ ] Masculino [X]	D 28 M 11 A 1992

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 [ ]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$877.803					
		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 M M A A A A

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

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

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

	31. Discapacidad Tipo F	H	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		

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

35. Nombre 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)
CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901019293	

39. Ubicación				
KRA 17 4A 37	3115070237		GIRARDOT	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]		20 01 2020

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 convivencia para el reconocimiento de la calidad de Beneficiario (compañero permanente).
48. Declaración de ausencia de ingresos de cuota mayor a cero salarios que impiden la entrega de los documentos que acreditan condición de beneficiario.
49. Declaración de convivencia del cotizante, cónyuge o familiar beneficiario o afiliado adicional en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS verifique y consulte la base de datos del sistema de seguridad social colombiano y de sus fondos de pensiones y cesantías.
51. Autorización para que la EPS reporte información que suministre la afiliación al registro de morosidad a la base de datos de sistemas seguros y a las entidades privadas que así lo soliciten.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o del núcleo familiar, 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 suministrado, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Cantidad [ ] Total [ ]
57. Copia del folio de registro civil permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública de sentencia o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o 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 certificación de defunción de los padres o la declaración notarial de abandono de uno 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 acta administrativa de liquidación de la sociedad conyugal o de hecho (beneficiario) o de cualquier otro anexo.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código de municipio	Código del centralizador	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			

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

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

1820

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS S.A.S.

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 18 de 2020 Hora: 7,49

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1023921273 **PACIENTE:** HERRERA JULIO HERRERA RAFAEL

FECHA NACIMIENTO: Diciembre 28 de 1992 **LUGAR:** BOLIVAR **EDAD:** 27

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION
CARGO A OCUPAR: OFICIOS VARIOS

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M./4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS A. CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE: HERRERA JULIO HERRERA RAFAEL CEDULA: 1023921273
REGISTRO MÉDICO: 4516		
LICENCIA: RESOLUCION 753		

Services & Training

Health, Safety and Environment

NTC 6072:2014 BUREAU VERITAS Certification
CO 18.01077 12 DE ABRIL 2018

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS

En cumplimiento de la Res. 1409 de 2012, Res. 1903 de 2013, Res. 3368 de 2014, Res. 1178 de 2017 y NTC 6072

Hace constar que:

JOSE RAFAEL HERRERA JULIO

C.C. 1023921273

Certificado No. S&T 192158

Curso y aprobó la acción de formación

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas

En testimonio de lo anterior se firma en la ciudad de:

Bogotá D.C. el 02 de Abril de 2019

ADRIANA TORRES ALVARADO
LICENCIA 4936 DEL 08/05/2012 S.D.S. BOGOTA
ENTRENADOR

EDGAR HERNANDO PÉREZ LOZANO
REPRESENTANTE LEGAL

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS NIT 900.630.894-5

Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo 2375 de 19/02/2018

APROBACIÓN MINISTERIO DEL TRABAJO 08SE2018220000000019567 2018-05-30

Transversal 77 51 A 18 Bogotá D.C. 311 277 9980 315 399 2125

Verificación de Certificados Únicamente en: www.servicestraining.co • info@servicestraining.co

Pendiente.
Documentación
NO Autorizada



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1964**

PIEDECUESTA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-JUL-1984 PIEDECUESTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00244702-M-0091343172-20100714 0022762840A 1 1280747527

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **91.343.172**

CASTELLANOS MARTINEZ

APELLIDOS

PATROCINIO

NOMBRES

Patrocinio Castellanos

FIRMA



ARL | sura

Medellín, 17 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1123730397	MUÑOZ MANJARRES LUIS EDUARDO	18/01/2020		92221823	DEPENDIENTE
C93434226	ORTIZ TRIANA ALFONSO	18/01/2020		2223X244	DEPENDIENTE
C91151231	PORRAS JAIMES ELIAS	18/01/2020		Z239zS24	DEPENDIENTE
C91343172	CASTELLANOS MARTINEZ PATROCINIO	18/01/2020		Y3217239	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732001752240

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/01/2020 14:30:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PATROCINIO CASTELLANOS MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.343.172**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a ***www.porvenir.com.co*** *y actualice su Historia Laboral.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

01 B 13433691

0107378851

I. DATOS DEL TRÁMITE

Leer detalladamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] D. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] DE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [ ] B Independiente [ ] C Pensionado [ ] D Independiente con contrato de prestación de servicios [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: 17/01/2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Castellanos SEGUNDO APELLIDO: Martinez PRIMER NOMBRE: Patronilo SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91343172
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 02/09/1964

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO / Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F V M S / Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cra 15 N 78 21 sur
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogota
DEPARTAMENTO: Cundinamarca.
ZONA U. [ ] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3152643230
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1											F [ ] V [ ] M [ ] S [ ]	T [ ] P [ ]
2											F [ ] V [ ] M [ ] S [ ]	T [ ] P [ ]
3											F [ ] V [ ] M [ ] S [ ]	T [ ] P [ ]
4											F [ ] V [ ] M [ ] S [ ]	T [ ] P [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad y Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (si corresponde)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Ejercicio de cabeza	Vinculación Cotizante/Beneficiario	Cotizante en Incapacidad	Estudio en el exterior	35. NIVEL DE SISBEN	36. GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]										
2			R. [ ] U. [ ]										
3			R. [ ] U. [ ]										
4			R. [ ] U. [ ]										

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

35. Nombre o Razón Social: Cartisal Constrcciones
36. Tipo documento de identidad: [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] NIT
37. Número documento de identidad: 0101019293
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 17 N=4A 37 Barrio Ciudad Cundinamarca
SEGUNDO FAX
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 17/01/2020
CARGO: Obrero
SALARIO: 877.803

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN LA EPS [ ]
Código [ ]
6. REDISCRIMINACIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO REGIMEN B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO
42. FECHA (a partir de) DÍA / MES / AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: EJERCICIO DE CABEZA [ ] VINCULACIÓN COTIZANTE [ ] INCAPACIDAD [ ] ESTUDIOS EN EL EXTERIOR [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

45. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Señor(a,s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaro en esta no afiliación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de ocurrencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Ante el reporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación 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 consulte 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 en la atención o 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 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 suministrados de forma [illegible]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Patronilo Castellanos
55. Firma [illegible] del empleador, aportante o del [illegible] de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
Cantidad
Total
57. Copia del documento de nacionalidad 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 registro civil de nacimiento o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Documento en que conste la petición de la parte peticionaria o el certificado de defunción de los padres de la cotizante cuando fallezca por el cónyuge sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del contrato de trabajo o documento de los servidores públicos en la que conste la calidad de beneficiario o la no vinculación de otro

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 Ficha
Puntaje
Nivel
68. Fecha de radicación DÍA / MES / AÑO
69. Fecha de validación DÍA / MES / AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación

1826

11c

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1

Bogotà, Enero 21 de 2020 Hora: 15,37

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 91343172 **PACIENTE:** CASTELLANOS MARTINEZ PATROCINIO

FECHA NACIMIENTO: Septiembre 02 de 1964 **LUGAR:** SANTANDER **EDAD:** 55

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 3 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES
EPS: NUEVA EPS
ARL: NO RECUERDA
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
AFP: PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
USO DE GAFAS PERMANENTES

RECOMENDACIONES

Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en CURSO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

CONTROL URGENTE POR OPTOMETRIA PARA DEFINIR NUEVA FORMULA

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Sistemas de Salud Seg. Social Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS SANTIAGO CUENCA SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: CASTELLANOS MARTINEZ PATROCINIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 91343172

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.730.397**

MUÑOZ MANJARREZ
APELLIDOS

LUIS EDUARDO
NOMBRES

Luis. E. muñoz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-1985**
EL MOLINO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-FEB-2005 EL MOLINO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4800600-00904534-M-1123730397-20170512 **00553**82850A 3 9999849237

Medellín, 17 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL. Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliacion	Fecha fin afiliación	Código de transaccion	Tipo Cotizante
C1123730397	MUÑOZ MANJARRES LUIS EDUARDO	18/01/2020		92221823	DEPENDIENTE
C93434226	ORTIZ TRIANA ALFONSO	18/01/2020		2223X244	DEPENDIENTE
C91151231	PORRAS JAIMES ELIAS	18/01/2020		Z239zS24	DEPENDIENTE
C91343172	CASTELLANOS MARTINEZ PATROCINIO	18/01/2020		Y3217239	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732001752240

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/01/2020 14:30:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUIS EDUARDO MUÑOZ MANJARREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1123730397,** se encuentra afiliado (a) desde **16/02/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de enero de 2020.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño 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.

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUIS EDUARDO MUÑOZ MANJARREZ identificado(a) con CC 1123730397 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	03/04/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SOACHA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 11 días del mes de Febrero del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

DAYANA XIMENA ORTIZ SEQUERA
CONSULTOR INTEGRAL REGIONAL
EPS FAMISANAR S.A.S

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 17 de 2020 Hora: 8,01

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1123730397 **PACIENTE:** MUÑOZ MANJARREZ LUIS EDUARDO

FECHA NACIMIENTO: Noviembre 16 de 1985 **LUGAR:** LA GUAJIRA **EDAD:** 34

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 3 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: SURA **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas. son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MUÑOZ MANJARREZ LUIS EDUARDO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1123730397

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.037.472.861
SOLAR HOYOS

APELLIDOS
DAVID

NOMBRES
DAVID

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1987
SAN JUAN DE URABA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-SEP-2007 SAN JUAN DE URABA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0500150-00438231-M-1037472861-20130606 0033288760A 1 6002377531

calle-66-10-62. surte.201

tl-3005362488-

ARL | sura

Medellín, 17 de enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C103747286 1	SOLAR HOYOS DAVID	18/01/2020		24117001	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/01/2020 16:13:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOLAR HOYOS DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.037.472.861** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de mayo de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202001201246

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004667964	1|7|0|1|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SOLAR (Primer apellido)	HOYOS (Segundo apellido)	DAVID (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1037472861	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|4|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 29 2 A 28 ESTE SUR		3005362488	DAVIDSOLAR@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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 Institucion Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
E	-	-

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)
CARTISANAL CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901019293	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 17 N 4A 37	8888811	CARTISAVALCONSTRUCCIONES@OUTLOOK.ES	RICAURTE	CUNDINAMARCA

No de Radicacion
4004667964

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|0|1|2|0|2|0

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 por sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

David Solar M	Julieth Gonzalez
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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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, así como la veracidad de los

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 18 de 2020 Hora: 8,05

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1037472861 **PACIENTE:** SOLAR HOYOS DAVID

FECHA NACIMIENTO: Abril 06 de 1987 **LUGAR:** ANTIOQUIA **EDAD:** 32

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 4 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **AFP:** COLPENSIONES
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: REALIZAR TEST DEL COLOR POR PRESUNTA ALTERACION CROMATICA QUE AFECTA LA ACTIVIDA

SICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		DAVID FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: SOLAR HOYOS DAVID
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1037472861

REE-44200-7

CUMBRE COLOMBIA

CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Aprobado por el Ministerio de Trabajo de Colombia, Certificado en calidad en la formacion de la NTC 6072 por BUREAU VERITAS CO18.01319

Certifica que:

DAVID SOLAR HOYOS

identificado con cédula de ciudadania: 1037472861

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas en el nivel

REENTRENAMIENTO

Con una duración de 20 horas

En testimonio del anterior se firma en Bogotá DC. el 1 de [illegible] 2019

MINISTERIO DEL TRABAJO
No. Radicado
08SE2018220000000020162

ROSALBA GARCIA RUBIANO
Representante Legal
Licencia de prestación de servicios de Seguridad y salud en el trabajo
No. 5710 de 30/04/2018

GUSTAVO RODRIGUEZ FORERO
Entrenador trabajo seguro en alturas
Licencia Salud Ocupacional. 255299 del 28/10/2014

CUMBRE COLOMBIA

Informes: Calle 71 No. 21- 44, info@cumbrecolombia.com
VERIFICACION CERTIFICADOS fijo: 300 1094 • móvil: 316 693 1166 • Pagina web: www.cumbrecolombia.com

18,39

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.769.469**

REYES RAMOS

APELLIDOS

LUIS FERNEY

NOMBRES



Luis Ferney Reyes Ramos

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1979**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAR-1999 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00277207-M-0010769469-20110112 **0025**529299A 1 1151140356

ARL | sura

Medellín, 20 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C10769469	REYES RAMOS LUIS FERNEY	21/01/2020		16616521	DEPENDIENTE
C1023983969	HERNANDEZ AREVALO YONATHAN MANUEL	21/01/2020		C60X2220	DEPENDIENTE
C1023921273	HERRERA JULIO JOSE RAFAEL	21/01/2020		27131m15	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732002057457

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 20/01/2020 15:57:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNEY REYES RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.769.469**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004679422	2|0|0|1|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
REYES (Primer apellido)	RAMOS (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	FERNEY (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	10769469	Femenino ☐ Masculino ☒	2|8|1|2|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

CR 3 2 23 Dirección	Telefono fijo	3206678534 Telefono celular	SANDRA.DIAZLOPEZ@HOTMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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 F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS 20 DE JULIO - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO	VS20JULI - DENTO20JUL
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 documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CARTISANAL CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901019293	01

39.Ubicación

CR 17 N 4A 37 Dirección	8888111 Teleéfono	CARTISAVALCONSTRUCCIONES@OUTLOOK.ES Correo electrónico	RICAURTE Municipio/distrito	CUNDINAMARCA Departamento

No de Radicacion
4004679422

B. REPORTE DE NOVEDADES

50. 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 ☐		2|0|0|1|2|0|2|0

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 acrediten 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 por sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

FIRMAS

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

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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐		

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, así como la veracidad de las demás información registrada.

Preventsalud IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 2

Bogotà, Enero 22 de 2020 Hora: 7,16

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 10769469 **PACIENTE:** REYES RAMOS LUIS FERNEY
FECHA NACIMIENTO: Diciembre 28 de 1979 **LUGAR:** MONTERIA **EDAD:** 40
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 0 **SEXO:** Masculino
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES
EPS: SALUD TOTAL **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

VALORACION POR OPTOMETRIA
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES

Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: REYES RAMOS LUIS FERNEY
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 10769469

ASESORIAS Y SOLUCIONES VERTICALES S.A.S.

Nit.: 901.165.420-7 Licencia SST Nº 4970 del 12 Abril de 2018

VERTICAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1178 del Ministerio de Trabajo y Resolución 1409 del Ministerio de Trabajo

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento a

REYES RAMOS LUIS FERNEY

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO 10769469

Quien cursó y aprobó satisfactoriamente el programa de formación de Trabajo Seguro en Alturas

TRABAJO EN ALTURAS AVANZADO

Realizado desde el 20 de Junio hasta el 23 de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 40 horas

La presente certificación se emite a los 23 días del mes de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° PPG- 10769469

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA
Licencia S O N°2921/14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

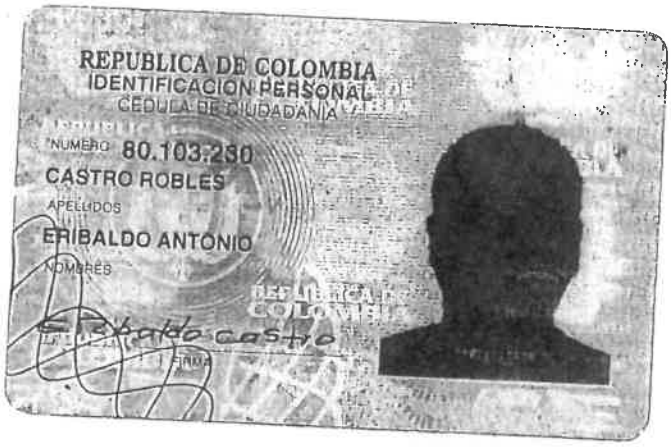
CESAR CASAS DIAZ
Asesorias y Soluciones Verticales S.A.S
Representante Legal

Aprobación del Ministerio de Trabajo N.°
08SE2018220000000023376

Calle 44 d sur 72-05/

La autenticidad de este documento puede ser validada en la pagina es.certificadocursosdealturascda.com

1846





Calle 128 Bis # 25A · 95

3108449825

ARL | sura

Medellín, 22 de Enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C80103230	CASTRO ROBLES ERIBALDO ANTONIO	22/01/2020		52474144	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C101424410920022428 99

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 22/01/2020 11:54:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRO ROBLES ERIBALDO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **80.103.230** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del Interesado(a) el día 23 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2020012316415

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado 1851

01 B 13115128

nueva

0107060288

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE — A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN — C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO — CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE — A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD 28 / OCT / 2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cortés	Rubio	Gabriela	Catalina

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — TI [X] RC [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1003230

9. SEXO F [X] M [ ]

10. FECHA NACIMIENTO 19 / 08 / 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO — Código

12. DISCAPACIDAD — Tipo: F [ ] I [ ] M [ ] — Condición: T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES Colpensiones

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 877.803

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cll 124a #25A-95

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO Bogotá

DEPARTAMENTO Bogotá D.C

ZONA U. [X] R. [ ]

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL 3143111875

CORREO ELECTRÓNICO

CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO F [ ] M [ ]

23. FECHA NACIMIENTO DIA / MES / AÑO

CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1								F. N. M.	T. P.
2								F. N. M.	T. P.
3								F. N. M.	T. P.
4								F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (no diligenciar en RPC)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica	Ubicación Grupo Familiar	Cumplimiento Tiempo Mínimo	Ingreso Afiliado por SAL	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.									I. II.	
2			R. U.									I. II.	
3			R. U.									I. II.	
4			R. U.									I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social

36. Tipo documento de identidad

37. Número documento de identidad

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

TELÉFONO FIJO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 22 / 01 / 2020

CARGO Oficial

SALARIO 877.803

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [X]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD — A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO

FECHA NACIMIENTO DIA / MES / AÑO

42. FECHA (a partir de) 28 / OCT / 2020

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — Cobertura Geográfica [ ] Ubicación Grupo Familiar [ ] Cumplimiento Tiempo Mínimo [ ] Ingreso Afiliado por SAL [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

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

nueva eps s.a.
COD: C1897
FECHA: 24/02/20
VERIFICACIÓN

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 ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación DIA / MES / AÑO

69. Fecha de validación DIA / MES / AÑO

1850

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1

Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 9,30

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 80103230
PACIENTE: CASTRO ROBLES ERIBALDO ANTOMIO
FECHA NACIMIENTO: Agosto 17 de 1974
LUGAR: SABANALARGA
EDAD: 45
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
No HIJOS: 6
SEXO: Masculino
ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: NUEVA EPS
ARL: NO RECUERDA
CARGO A OCUPAR: OFICIAL
EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
AFP: PROTECCION

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: ALTERACION VISUAL CORREGIDA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
USO DE GAFAS PERMANENTES

RECOMENDACIONES

Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		Eribaldo CASTRO FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: CASTRO ROBLES ERIBALDO ANTOMIO
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 80103230





Cra 88 # 30 Sur # 80

3104935458

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C104993011 2	PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE	22/01/2020		I9217218	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:34:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.930.112**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

120155254

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	1094930112	Femenino Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
[illegible]	[illegible]	[illegible]

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
[illegible]	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3104435958	[illegible]

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
[illegible]	Urbana Rural		[illegible]

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
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	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)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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)

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
[illegible]		901299391-1	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo
Cll 98 # 70-91 Of. 812	2991529

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
[illegible]	BOGOTA D.C.	Cundinamarca

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
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SCI)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha
	1049933112		03 12 1988	12 01 2020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
		[illegible]

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
[illegible]	[illegible]

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de 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	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario
		EPS Sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 27 ENE 2020 RECIBIDO POR: [illegible]

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información contenida en el capítulo VII del formulario

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 8,07

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1049930112 **PACIENTE:** PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE

FECHA NACIMIENTO: Septiembre 13 de 1988 **LUGAR:** MARIA LA BAJA **EDAD:** 31

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** FEMENINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SANITAS **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: SURATEP **AFP:** NO RECUERDA
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad Social y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 1049930112



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.050.955.439

DIAZ JULIO
APELLIDOS

YEISON
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1990
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

09-ENE-2009 TURBACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0504000-00668717-M-1050955439-20161129 0052370113A 1 47205816

Calle 1 Bis # 87-30
300 4801548

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C105095543 9	DIAZ JULIO YEISON	22/01/2020		x22156P1	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 17:03:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ JULIO YEISON** identificado(a) con **CC** número **1.050.955.439** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de noviembre de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20200123152772

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: DIAZ | Segundo apellido: Tellez | Primer nombre: YELSON | Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1050.955.959
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 01 01 81 19 10

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. Etnia
13. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
14. Puntaje SISBEN
15. Grupo de población especial
16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
17. Administradora de Pensiones: Protección S.A
18. Ingreso base de cotización: 3.000.000
19. Residencia: Dirección de residencia: Calle 16 N° 80 30 | Teléfono: 3004801548 | Correo electrónico: 1511-0161@hotmail.com | Departamento: Cundinamarca | Municipio: Bogotá | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna:

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

20. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
21. Tipo de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Primer apellido	24. Segundo apellido	24. Primer nombre	24. Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01					
02					
03					
04					
05					

Huella del cotizante

2020 ENE 21

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
B		
B		
B		

ANYE C. PASCUAS MORALES
AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO

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: Consorcio Promi Sicles SA
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901294287-1
38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Dirección: Cl 98 # 70-91 Of 812 | Teléfono: 7491579 | Correo electrónico: contabilidad@promisicles.com | Municipio/Distrito: Bogotá | Departamento: Cundinamarca

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 900.553.813

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DIAZ	JULIO	YEISON	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
TI	1050965134	Femenino [ ] Masculino [x]	31 08 1998	12 01 2021

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
YEISON DIAZ	Samuel Camilo

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de 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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Preventsalud IPS SAS
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1

Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,05

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1050955439 **PACIENTE:** DIAZ JULIO YEISON

FECHA NACIMIENTO: Agosto 03 de 1990 **LUGAR:** MARIA BAJA **EDAD:** 29

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 1 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: SURA **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: SURA **AFP:** NO RECUERDA

CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Recomendaciones Dietarias
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuevas S. R.M.J.45+6 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ		Yeison Diaz Julio
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: DIAZ JULIO YEISON
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 1050955439





Cra 47 # 47Bis - 67

3168939076

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C80871279	GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO	22/01/2020		s4040191	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:19:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - NIT 800.144.331-3

porvenir
sólo hay uno

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR
NIT. 800.170.043-7
Cra 13 Nro. 26 A - 65

CERTIFICA QUE:

VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80,871,279**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero de 2020.



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercados Digitales / 18/01/20

Filial de Grupo AVAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004714802	25|0|1|2|0|2|0

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

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**	**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GRANJA (Primer apellido)	PALACIOS (Segundo apellido)	VICTOR (Primer nombre)	HUGO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	80871279	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|0|5|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

atos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S A.	PORVENIR EPC	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 47 N 47 BIS 67		3168939076	AUXILIARGERENCIA14@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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 F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS VENECIA - VS VENECIA	VSVENECI - VSVENECI
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	NIT	901294259	01

39.Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 98 70 91 OF 812	7441529	LICITACIONESPRISMAUNIVERSAL@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4004714802

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 ☐		2|2|0|1|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razónes 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS 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
Victor Hugo Cardozo P	SAMUEL CARRILLO

IX.ANEXOS

58.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 consta 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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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, así como la veracidad de las demás información registrada.

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1

Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,08

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 80871279 **PACIENTE:** GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO

FECHA NACIMIENTO: Mayo 01 de 1975 **LUGAR:** QUIBDO **EDAD:** 44

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION

CARGO A OCUPAR: MAESTRO DE OBRA

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
USO DE GAFAS PERMANENTES
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad Social y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 80871279





Calle 78 Sur # 15-31

3208093561

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inició afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C79971621	ORTIZ MORENO JOSE ALEXANDER	22/01/2020		J3208372	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:25:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ALEXANDER ORTIZ MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.971.621**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

COPY

Página 1 de 2

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	24/01/2020 (D/M/A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] 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			
Primer apellido: ORTIZ	Segundo apellido: MORENO	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: Alexander
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 79.971.621	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 01/01/1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M; Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	PORVENIR S.A	877.803

18. Residencia			
Dirección: Cll 78BIS #15-31	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3209093561	Correo electrónico: asistenteoptimauniversal.com
Municipio/Distrito: BOGOTÁ D.C	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: BOGOTÁ D.C

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento (D/M/A)

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento (D/M/A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
Consorcio Proni Sedes 01	NIT	901294759-1	JURIDICO

39. Ubicación					
Dirección: Cll 98#70-91 OF 812	Teléfono: 7141524	Correo electrónico: asistenteoptimauniversal.com	Municipio/Distrito: BOGOTÁ	Departamento: BOGOTÁ D.C	

1873

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

medimás
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CUNDINAMARCA
24 ENE 2020
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTIZ	MORENO	JOSE	DIEXANDER

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	79.971.621	Femenino [ ] Masculino [x]	01 08 1979	21 01 2020

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
JOSE DIEXANDER ORTIZ MORENO	Samuel Carrillo.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CI	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación.
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

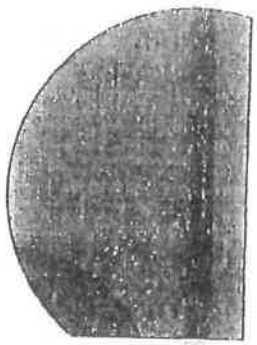
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en www.medimas.com.co



Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 7,29

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 79971621 **PACIENTE:** ORTIZ MORENO JOSE ALEXANDER

FECHA NACIMIENTO: Febrero 09 de 0979 **LUGAR:** BOGOTA **EDAD:** 40

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: MEDIMAS EPS
ARL: NO RECUERDA
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
AFP: PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NO REALIZAR LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGA SUPERIOR A 20 KILOS SIN AYUDA MECANICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
NO ELEVAR PESO A LOS 20 KG

RECOMENDACIONES LABORALES

VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS
VALORACIÓN EN NUTRICIÓN POR ALTERACIÓN DE INDICE DE MASA CORPORAL
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
INCLUIR PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN AUDITIVO / CARDIOVASCULAR

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: ORTIZ MORENO JOSE ALEXANDER
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 79971621





Cra 17 Bis # 63 - 38 Sur

3143945228

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C4837625	MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO	22/01/2020		52162272	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:54:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.837.625**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004714830	2|5|0|1|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MOSQUERA Primer apellido	MOSQUERA Segundo apellido	JUAN Primer nombre	DESIDERIO Segundo nombre

7.Tipo documento de identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	4637625	Femenino ☐ Masculino ☒	1|4|1|1|1|9|6|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo FNM Condicion TP		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

CR 17 BIS N 63 38 SUR Dirección	Telefono fijo	3143945228 Telefono celular	ASISTENTE@PRISMAUNIVERSAL.COM Correo electronico

BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

25. Tipo documento de identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
4				
5				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	NIT	901294259	01

39.Ubicación				
CL 98 70 91 OF 812 Dirección	7441529 Teléfono	LICITACIONESPRISMAUNIVERSAL@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4004714830

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 inscripción 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 relación 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: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42.Fecha 2|2|0|1|2|0|2|0
☐				

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☐ Declaración de no intemación 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS 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
Juan Manuel Reyes	SAMUEL CARRILLO

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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 7,53

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 4837625 **PACIENTE:** MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO

FECHA NACIMIENTO: Noviembre 14 de 1963 **LUGAR:** ISTMINA **EDAD:** 56

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 1 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: SURA **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NO REALIZAR LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGA SUPERIOR A 20 KILOS SIN AYUDA MECANICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

VALORACION POR OPTOMETRIA
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
NO ELEVAR PESO A LOS 20 KG

RECOMENDACIONES LABORALES

VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 4837625





Diagonal 69 # 48-90

3124956367

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C79722611	VALOYES VALENCIA LIBARDO	22/01/2020		d2021722	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:51:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALOYES VALENCIA LIBARDO** Identificado(a) con **CC** número **79.722.611** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de agosto de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20200123165S3

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	24 01 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres – Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VARGAS	VALENCIA	LIBARDO	

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C	79.782.631	Femenino [ ] Masculino [X]	19 09 11 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	Protección S.A	877.803

18. Residencia – Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Dg. 69 #98-90		3129956367	colsistemas@sinaunivesal.com

Municipio/Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTÁ	Urbana [X] Rural [ ]	BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C

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 [ ]	

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Comercio Rivas Sodesoft	NIT	901.294.769-1	Jurídico

39. Ubicación – Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 98 #70-91 Of 814		@sistemas@sinaunivesal.com	BOGOTÁ	BOGOTÁ D.C

B. REPORTE DE NOVEDADES

medimás

RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CUNDINAMARCA.

24 ENE 2020

AGENTE COMERCIAL SOLUCIONES EFECTIVA SAS

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer apellido: VDNOYES	Segundo apellido: VDLLQUCID	Primer nombre: WILMER	Segundo nombre	
Tipo documento de identidad: CC	Número del documento de identidad: 79.782.611	Sexo: Femenino [ ] Masculino [1]	Fecha de nacimiento: 19 / 09 / 1979	42. Fecha: 12 / 01 / 2020
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 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 la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
WILMER VDLLQUCID VDNOYES	Samuel Quintero

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ]	Puntaje [ ]	Nivel [ ]		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido: OSORIO	Segundo apellido: VILLAMIZAR	Primer nombre: RAUL	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesórate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS S.A.S
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1

Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 8,11

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 79722611 **PACIENTE:** VALOYES VALENCIA LIBARDO

FECHA NACIMIENTO: Septiembre 29 de 1974 **LUGAR:** QUIBDO **EDAD:** 45

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: MEDIMAS EPS **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION

CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NO REALIZAR LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGA SUPERIOR A 20 KILOS SIN AYUDA MECANICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
NO ELEVAR PESO A LOS 20 KG

RECOMENDACIONES LABORALES

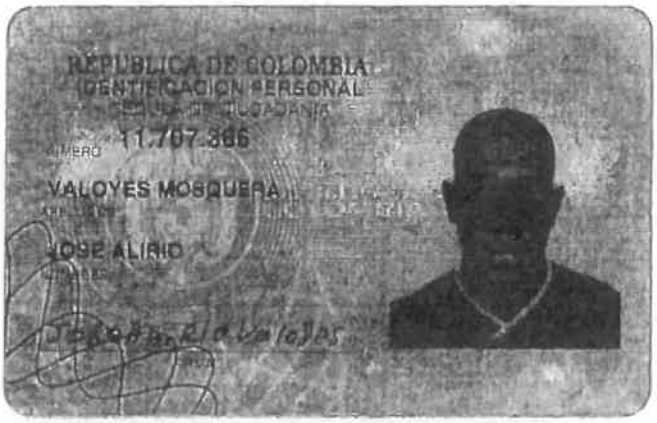
VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud Ocupacional Decreto Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: VALOYES VALENCIA LIBARDO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 79722611





Cra 1B # 47 - 17 Sur

3214326975

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C11707366	VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO	22/01/2020		562v1552	DEPENDIENTE

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 21/01/2020 16:57:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO** identificado(a) con **CC** número **11.707.366** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de octubre de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20200123171O1

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004714816	25/01/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VALOYES (Primer apellido)	MOSQUERA (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	ALIRIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	11707366	Femenino ☐ Masculino ☒	24/12/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo [N] Condicion [T] [P]		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL.	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	PROTECCION	877803

18.Residencia			
CR 18 N 47 17 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3214326975 (Telefono celular)	ASISTENTE@PRISMAUNIVERSAL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	NIT	901294259	01

39.Ubicación				
CL 98 70 91 OF 812 (Dirección)	7441529 (Teleéfono)	LICITACIONESPRISMAUNIVERSAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

ENVIADOS X CORREO.
epssaludtafiliaciones@gmail

No de Radicacion
4004714816

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
- ☐ 13. 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 ☐		2|2|0|1|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS 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
José Alino. Udueya Rios.	SAMUEL CARMILLO

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 certificado 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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validacion

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 2 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,13

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 11707366 **PACIENTE:** VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO

FECHA NACIMIENTO: Diciembre 24 de 1981 **LUGAR:** CHOCO **EDAD:** 38

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 1 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION

CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

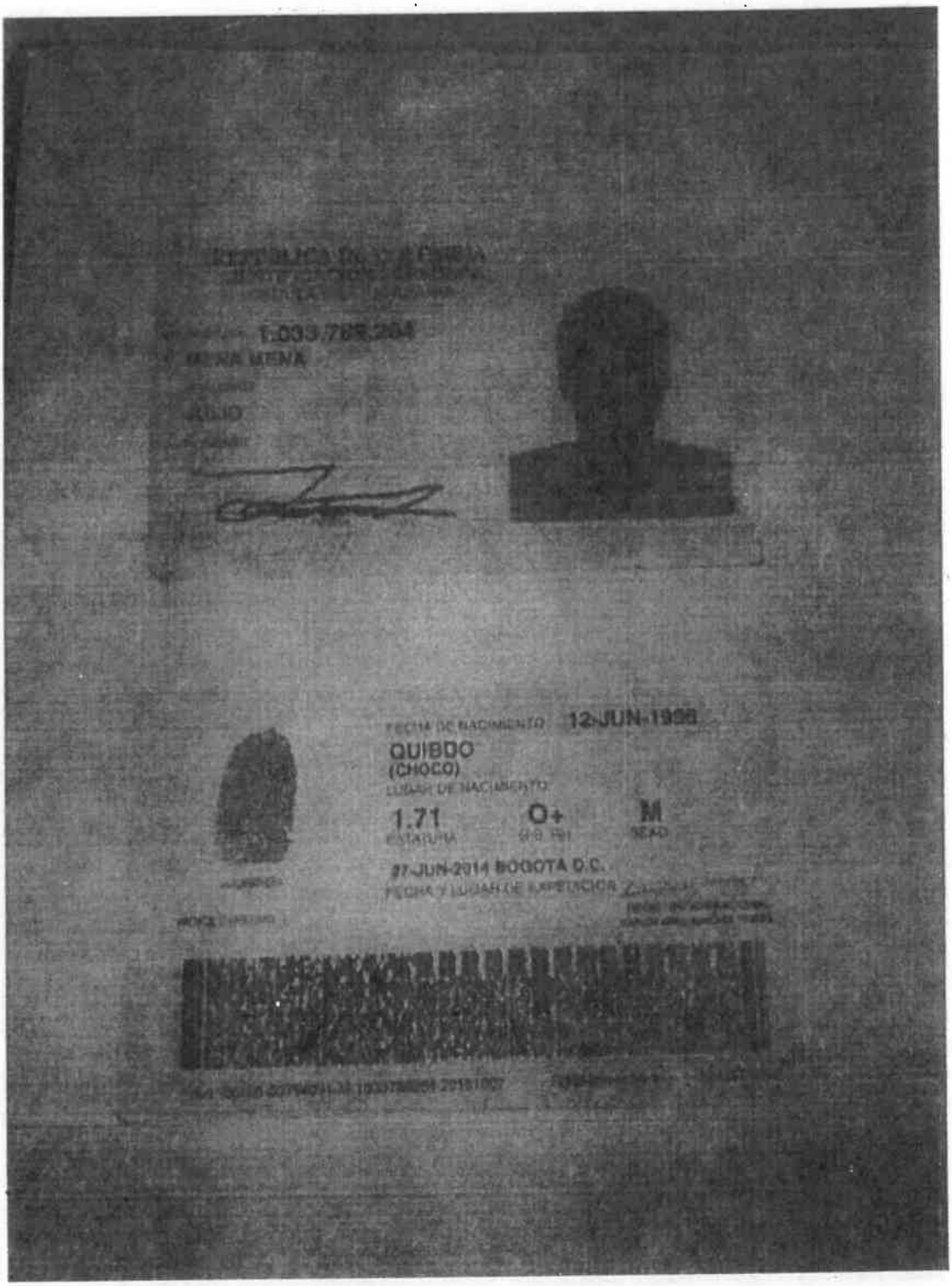
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cabrera S. R.M.L 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ		Jose Valoyes
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 11707366



Calle 78 Sur # 50-35

3135418798

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C103378926 4	MENA MENA JULIO	22/01/2020		15219620	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:08:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIO MENA MENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.789.264**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 01 02 20

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 registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • 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 [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	MENA	MENA	JULIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1033789264		12 06 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección de residencia	Teléfono fijo y/o celular
$ 877.803	CALLE 78 SUR # 50-35	3135418788

Ciudad de residencia	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Departamento	Condición migratoria
BOGOTA		KENNEDY	Continuamos

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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)
CONSORCIO PRONI SEDES 014	NIT	901.294.254-1	

39. Ubicación					
CALLE 98 # 70-91	7441729	avitargerencia14@gmail	Bogotá	Cundinamarca	

B. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declara 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 consta la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena 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:

71. Firma del funcionario

Vigilado Supersalud

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

Academia s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

1897

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,08

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1033789264 **PACIENTE:** MENA MENA JULIO

FECHA NACIMIENTO: Junio 12 de 1996 **LUGAR:** QUIBDO **EDAD:** 23

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 1 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: NO AFILIADO **AFP:** PORVENIR

CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R. M/4516 Especialista en Gerencia en Auditoría de Servicios de Salud Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: MENA MENA JULIO
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 1033789264





Calle 78 Sur # 50 - 35

3135418798

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C100393255 6	MENA PALACIOS CARLOS MARIO	22/01/2020		17658183	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:41:44
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS MARIO MENA PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.932.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 01 29 20

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	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. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	MENA	PALACIOS	CARLOS	MARIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
CC	1003932556	[ ]	[X]	

B1. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F, N, M)	Condición (T, P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
						PROVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono	Municipio	Zona: Urbana	Rural	Departamento
$ 877.803	CALLE 78 SUR # 50-35	3135418798	BOGOTA D.C.	[X]	[ ]	KENNEDY	CUNDINAMARCA

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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)
CONSORCIO PERU DEBES 04	NIT	901.264.254-1	

39. Ubicación				
CLLE 98 Nº 70-91	7441529	auxiliarcartera14@gmail.com	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Verificado Supercalidad

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación: 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:

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.

Cadenas s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

1902

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 0

Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 10,32

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1003932556 **PACIENTE:** MENA PALACIOS CARLOS MARIO
FECHA NACIMIENTO: Septiembre 08 de 1999 **LUGAR:** CHOCO **EDAD:** 20
ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** MASCULINO
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: FAMISANAR
ARL: NO AFILIADO
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE
EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
AFP: PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

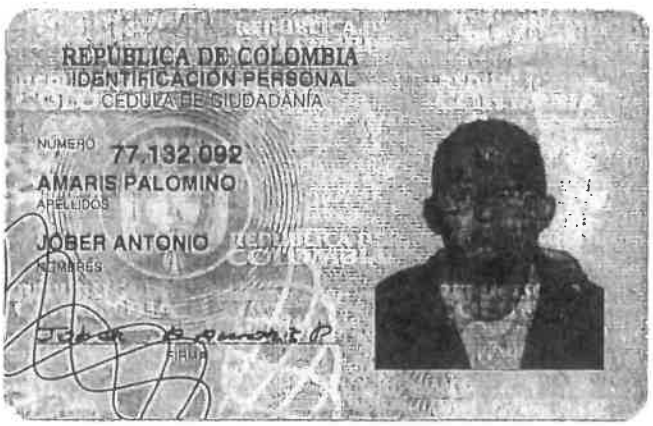
RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M./4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: MENA PALACIOS CARLOS MARIO
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 1003932556





Calle 80 # 86 - 37

3336010559

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C77132092	AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO	22/01/2020		147s129V	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:39:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afillados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **77.132.092**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 01/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	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 B. Cabeza de familia X C. Beneficiario	A. Dependiente X D. Independiente C. Pensionado	

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: AMARIS	Segundo Apellido: PALOMINO	Primer Nombre: JOBER	Segundo Nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	77.132.092	Femenino ☐ Masculino X	21/02/1977

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: F M H Condición: T P			SURA	PORVENIR

17. Número base de cotización - IBC	18. Residencia				Teléfono	
1.877.803	Dirección de residencia: Cll. 80 N° 86-37	Municipio / Distrito: BOGOTA D.C.	Zona: Urbana ☐ Rural X	Departamento: Cundinamarca		313.6010557

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo: F M H	Condición: T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
A		
B		
E		
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)
CONSORCIO P2021 SEDES 04	NIT	901.244.259-1	Privado

39. Ubicación				
Dirección: CLLE 98 # 70-91	Teléfono fijo y/o celular: 7441529	Correo electrónico: aonbargeranca14@gmail	Departamento: Bogotá	Municipio / Distrito: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código: ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. 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 límite 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	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o responsable del grupo familiar

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del 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:

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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.

- ORIGINAL ÚNICA -

Ecadena s.a.

1907

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Bogotà, Febrero 01 de 2020 Hora: 7,21

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 77132092 **PACIENTE:** AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO

FECHA NACIMIENTO: Febrero 25 de 1997 **LUGAR:** SAN MARTIN **EDAD:** 22

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 5 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: SURA **AFP:** PORVENIR

CARGO A OCUPAR: HERRERO

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Campos S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 77132092





Cra 16 A # 63B #37 Sur

3103254663

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C11705453	GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADISON	22/01/2020		2144GEE1	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:47:47

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

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

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON** identificado(a) con CC número **11.705.453** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202001231452

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 01 02 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: GUERRERO; Segundo Apellido: FLOREZ; Primer Nombre: FRANCISCO; Segundo Nombre: DARINSON
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1.705.453
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: D 01 M 01 A 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: PROTECCIÓN
17. Ingreso base de cotización: $ 877.803
18. Residencia: Dirección Informativa: CRA. 16A # 63B - 37 SUR; Teléfono: 3107254667; Código Municipio: 11001; Zona: Urbana [X] Rural [ ]; Municipio / Distrito: ANTONIO NARIÑO; Departamento: CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: CONSORCIO PROMISEDES 04
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.294.259-1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CALLE 98 # 70 - 91; 7441524; auxiliorgerencia14@gmail.com; BOGOTÁ; CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. 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 Límite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del 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:
71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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

- ORIGINAL ÚNICA -

Cadena S.A.

1912

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Preventsalud IPS SAS
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE:INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,07

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN:11705453 **PACIENTE:** GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON

FECHA NACIMIENTO: Enero 08 de 1975 **LUGAR:** ISTMINA **EDAD:** 45

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: NO AFILIADO **AFP:** PROTECCION

CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

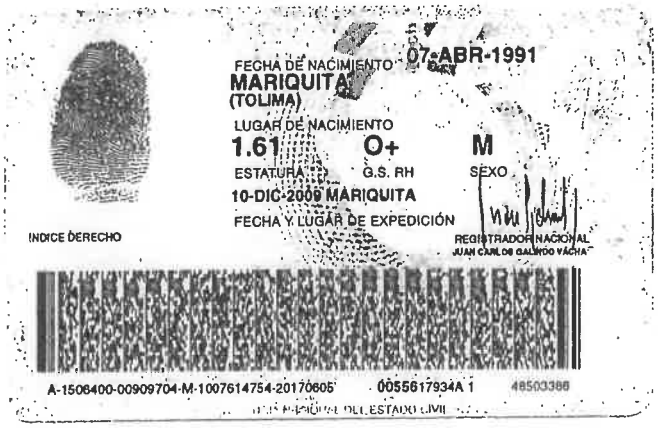
OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M./4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ		Francisco Guerrero
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 11705453





3213145970

Calle 78 Sur # 80 - 15

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C100761475 4	MATIZ TORERS JOSE GIOVANY	22/01/2020		22223013	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:37:13.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE GIOVANY MATIZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.614.754,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D 0 3 1 2 0 2 0

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	MATIZ	TORRES	JOSE	GIOVANY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
CC	1000761475 4		17 04 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F S M / Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PROVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
908.526	CALLE 75 SUR Nº 80-15				3213145470
Departamento	Municipio	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad	Barrio	Teléfono
BOGOTA	BOGOTA		KENEDY	CONJUNTO	

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	M	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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)
CONSORCIO PRUNI SEDES DV	NIT	901.294.259-1	DADEPA Condiciones

39. Ubicación				
CALLE 98 Nº 70-91	744 1529	coordinadoragerencia@gmail	BOGOTA	Cundinamarca
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL ÚNICA -

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 7,34

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1007614754 **PACIENTE:** MATIZ TORRES JOSE GIOVANY

FECHA NACIMIENTO: Abril 07 de 1991 **LUGAR:** MARIQUITA TOLIMA **EDAD:** 28

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** PORVENIR

CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO, PLAN EMERGENCIA, RIESGO BIOMECANICO

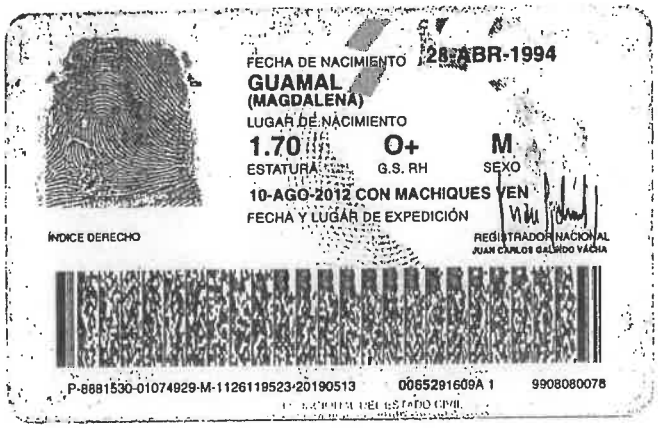
OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		Jose Matiz
CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: MATIZ TORRES JOSE GIOVANY
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1007614754





Cra 81 J#57 A - 35 Sur

3126646246

ARL | sura

Medellín, 21 de enero de 2020

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C112611952 3	ALVARADO RUIDIAZ OMAR JESID	22/01/2020		32253121	DEPENDIENTE

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 21/01/2020 16:29:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.126.119.523**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D 01 M M 12 A A A A 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: ALVARADO; Segundo Apellido: RUIDIAZ; Primer Nombre: OMAR; Segundo Nombre: JESUS
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1.126.119.523
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: D D 18 M M 04 A A A A 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F [ ] N [ ] M [ ]; Condición T [ ] P [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: $877.803
18. Residencia: CRA. 81 J N 53A-35 SUR
Departamento: Bogotá, CUNDINAMARCA
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Teléfono: 3126646246
Correo electrónico: KEVIDIAZ@HOTMAIL.COM

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: CONSORCIO PROYECTOS SEDAL 04
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.344.854-1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CALLE 98 # 70-91 | 7441529 | auxiliargerencia1@gmail.com | Bodega de Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. 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 Fondo de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con la previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

VIGILADO SUPERSALUD

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

- ORIGINAL ÚNICA -

Cadena F.A.

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 7,38

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1126119523 **PACIENTE:** ALVARADO RUIDAZ OMAR JESID

FECHA NACIMIENTO: Abril 28 de 1994 **LUGAR:** GUAMAL **EDAD:** 25

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 3 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
AFP: PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad Social y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: ALVARADO RUIDAZ OMAR JESID
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 1126119523



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.290.026
MURILLO BORJA

APELLIDOS
ISAIAS MANUEL

NOMBRES

Isaias murillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1997
MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-MAR-2016 MONTELIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1302500-00842382-M-1003290026-20160803 0050584698A 1 43814124

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1047385619	TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER	30/01/2020		16431452	DEPENDIENTE
C1003290026	MURILLO BORJA ISAIAS MANUEL	30/01/2020		22351931	DEPENDIENTE
C1102807987	CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES	30/01/2020		K1323824	DEPENDIENTE
C1102119981	BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE	30/01/2020		21818113	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732002960665

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 29/01/2020 16:51:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ISAIAS MANUEL MURILLO BORJA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.290.026**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004741464	3|0|0|1|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MURILLO (Primer apellido)	BORJA (Segundo apellido)	ISAIAS (Primer nombre)	MANUEL (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1003290026	Femenino ☐ Masculino ☒	2|7|1|0|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia			
CR 24 C ESTE 14 12 SUR (Dirección)	(Telefono fijo)	3007654387 (Telefono celular)	ISAIAS@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo** 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS 20 DE JULIO - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO	VS20JULI - DENTO20JUL
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)
CARTISANAL CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901019293	01

39.Ubicación				
CR 17 N 4A 37 (Dirección)	8881111 (Teleéfono)	CARTISAVALCONSTRUCCIONES@OUTLOOK.ES (Correo electrónico)	RICAURTE (Municipio/distrito)	CUNDINAMARCA (Departamento)

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 0

Bogotà, Enero 30 de 2020 Hora: 8,20

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1003290026
PACIENTE: MURILLO BORJA ISAIAS MANUEL
FECHA NACIMIENTO: Octubre 27 de 1997
LUGAR: MONTELIBANO
EDAD: 22
ESTADO CIVIL: SOLTERO (A)
No HIJOS: 0
SEXO: MASCULINO
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES
EPS: SALUD TOTAL
EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
ARL: NO RECUERDA
AFP: NO RECUERDA
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M.1454 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MURILLO BORJA ISAIAS MANUEL
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1003290026

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

ISAIAS MANUEL MURILLO BORJA

Identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1.003.290.026 de Montelíbano

Cursó y aprobó la acción de formación de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
NIVEL AVANZADO

Con una duración de Cuarenta (40) horas, realizado los días 24, 25,26 y 27 de Abril de 2019 en la ciudad de Bogotá, D.C.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C.,
a los Veintisiete (27) días del mes de Abril de Dos Mil Diecinueve (2019)

Fredy Alexander Martínez Jiménez
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo
Entrenador de trabajo seguro en alturas
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolución 10671 de 25/09/2014

Ana Edit Serrano Cely
Directora operativa
Safety Systems S.A.S.
Folio: M550-19

6072-2014
BUREAU VERITAS
Certification
C018:02482: 23 AGOSTO 2018



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.119.981
BALDOVINO DELGADO
APELLIDOS
LUIS ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1987
CAIMITO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

18-SEP-2007 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00566044-M-1102119981-20140423 0038097017A 1 1152832375

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1047385619	TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER	30/01/2020		16431452	DEPENDIENTE
C1003290026	MURILLO BORJA ISAIAS MANUEL	30/01/2020		22351931	DEPENDIENTE
C1102807987	CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES	30/01/2020		K1323824	DEPENDIENTE
C1102119981	BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE	30/01/2020		21818113	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732002960665

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 29/01/2020 16:51:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ENRIQUE BALDOVINO DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.119.981**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

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

29 | 01 | 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

5. Apellidos y nombres			
BALDOVINO	DELGADO	LUIS	ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1102119981		29 / 01 / 2020

12. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo	Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0			0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES.COLPEN

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$877.803	CRA 45 3 45	NT	3105576310
BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]		DISTRITO CAPITAL

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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
D1							
D2							
D3							
D4							
D5							

	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Cod Mun	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26	455
d		
g		
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)
CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS	NT	901019293	

39. Ubicación				
KRA 17 4A 37	3115070237	cartisavalconstrucciones@o	GIRARDOT	CUNDINAMARCA

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. Reincorporación 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 expedición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Mismo Régimen [X] B. Diferente Régimen [ ] 15 Retiro de beneficiario [ ] 16. Reporte del fallo 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	47. Fecha novedad
				29 / 01 / 2020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	Código 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	X
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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran	X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular suministrados de forma	X

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: PEP [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] 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 declara la unión marital.	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

71. Firma del funcionario

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

Versión Separación de

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 0

Bogotà, Enero 30 de 2020 Hora: 7,57

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1102119981 **PACIENTE:** BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE
FECHA NACIMIENTO: Noviembre 18 de 1987 **LUGAR:** CAIMITO **EDAD:** 32
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 0 **SEXO:** MASCULINO
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES
EPS: SURA **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
ARL: POSITIVA **ACT.ECONÓMICA:**
CARGO A OCUPAR: HERRERO **AFP:** PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

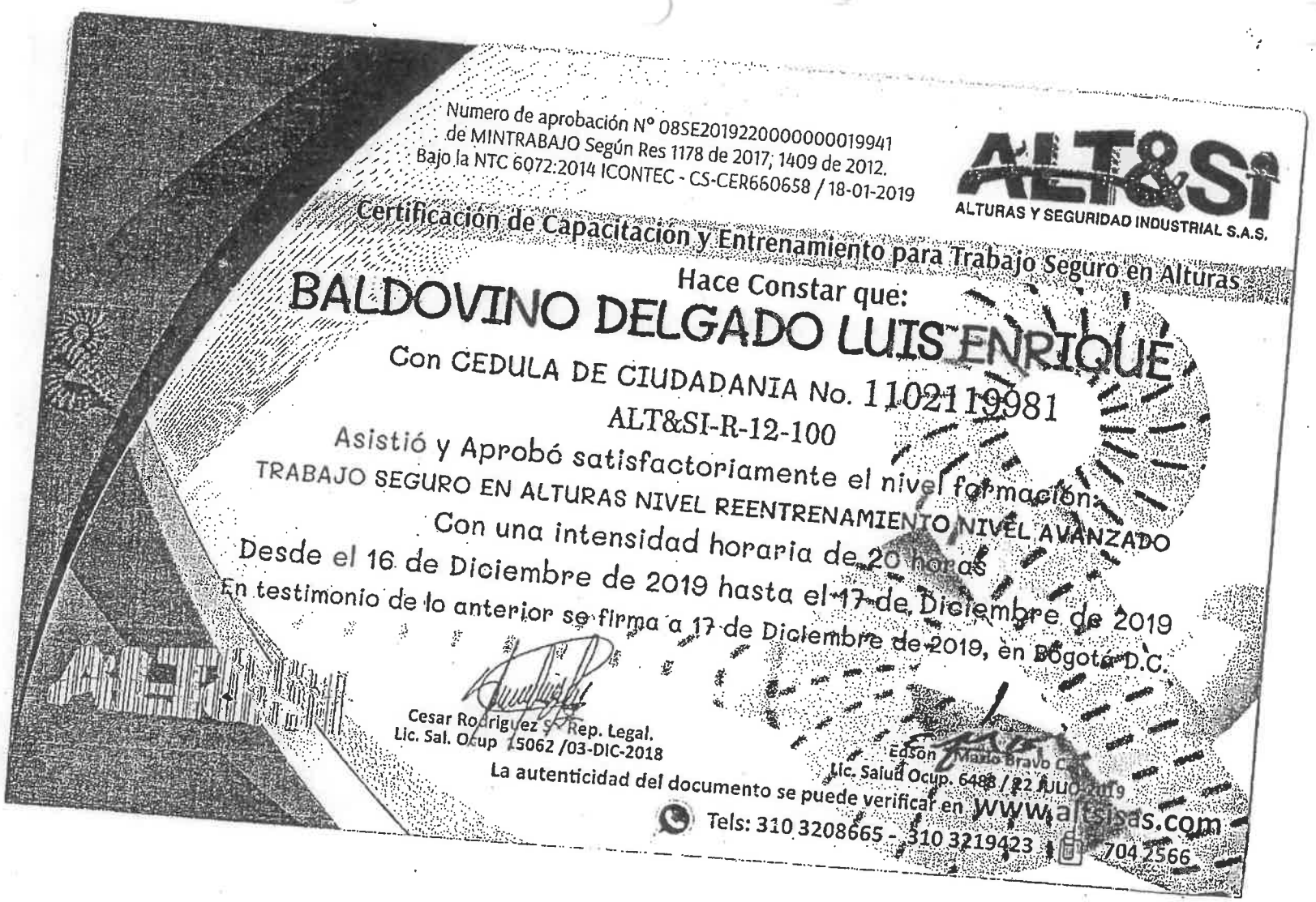
RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1102119981



Numero de aprobación N° 08SE2019220000000019941
de MINTRABAJO Según Res 1178 de 2017; 1409 de 2012.
Bajo la NTC 6072:2014 ICONTEC - CS-CER660658 / 18-01-2019

ALT&SI
ALTURAS Y SEGURIDAD INDUSTRIAL S.A.S.

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Hace Constar que:

BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1102119981

ALT&SI-R-12-100

Asistió y Aprobó satisfactoriamente el nivel formación:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO NIVEL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 20 horas

Desde el 16 de Diciembre de 2019 hasta el 17 de Diciembre de 2019

En testimonio de lo anterior se firma a 17 de Diciembre de 2019, en Bogotá D.C.

Cesar Rodriguez S. Rep. Legal.
Lic. Sal. Ocup 15062 /03-DIC-2018

Edson Mario Bravo C.
Lic. Salud Ocup. 6488 / 22 JUL-2019

La autenticidad del documento se puede verificar en www.altsisas.com

Tels: 310 3208665 - 310 3219423 - 704 2566

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.385.619
TORRECILLA MEJIA

APELLIDOS
JONATAN JAVIER

NOMBRES

JONATAN Torrecilla M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1985
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-ABR-2005 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0500100-00071643-M-1047385619-20080917 0003378528A 1 6060009013

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1047385619	TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER	30/01/2020		16431452	DEPENDIENTE
C1003290026	MURILLO BORJA ISAIAS MANUEL	30/01/2020		22351931	DEPENDIENTE
C1102807987	CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES	30/01/2020		K1323824	DEPENDIENTE
C1102119981	BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE	30/01/2020		21818113	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732002960665

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 29/01/2020 16:51:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JONATAN JAVIER TORRECILLA MEJIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.385.619**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004741271	3|0|0|1|2|0|2|0

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

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			
TORRECILLA (Primer apellido)	MEJIA (Segundo apellido)	JONATAN (Primer nombre)	JAVIER (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1047385619	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|1|0|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.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia			
CL 80 A 43 21 (Dirección)	Telefono fijo	3125742246 (Telefono celular)	JONATAN@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documemto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CARTISANAL CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901019293	01

Ubicación				
CR 17 N 4A 37 (Dirección)	8888111 (Teleéfono)	CARTISAVALCONSTRUCCIONES@OUTLOOK.ES (Correo electrónico)	RICAURTE (Municipio/distrito)	CUNDINAMARCA (Departamento)

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 0

Bogotà, Enero 30 de 2020 Hora: 8,04

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1047385619 **PACIENTE:** TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER
FECHA NACIMIENTO: Octubre 09 de 1985 **LUGAR:** CARTAGENA **EDAD:** 34
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 5 **SEXO:** MASCULINO
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES
EPS: SALUD TOTAL **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
ARL: NO AFILIADO **ACT.ECONÓMICA:**
CARGO A OCUPAR: HERRERO **AFP:** PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL SEMESTRAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVA

VISIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
INCLUIR PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		Jonatan FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1047385619

ERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SEGÚN RESOLUCIÓN 1178 Y 1409.

n cumplimiento de la resolución 1178 del 2018, resolución 1409 del 2012, NTC 6072 del 2014 y demás normas aplicables en Colombia para trabajos en alturas.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT:900.992.376-4

CERTIFICA QUE

TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER

Identificado con CC No: 1047385619

Realizó el curso de trabajo seguro en alturas en el nivel de: REENTRENAMIENTO AVANZADO con una intensidad horaria de 20 HORAS

El dia: 31 DE MARZO DEL 2019 en la ciudad de Bogotá

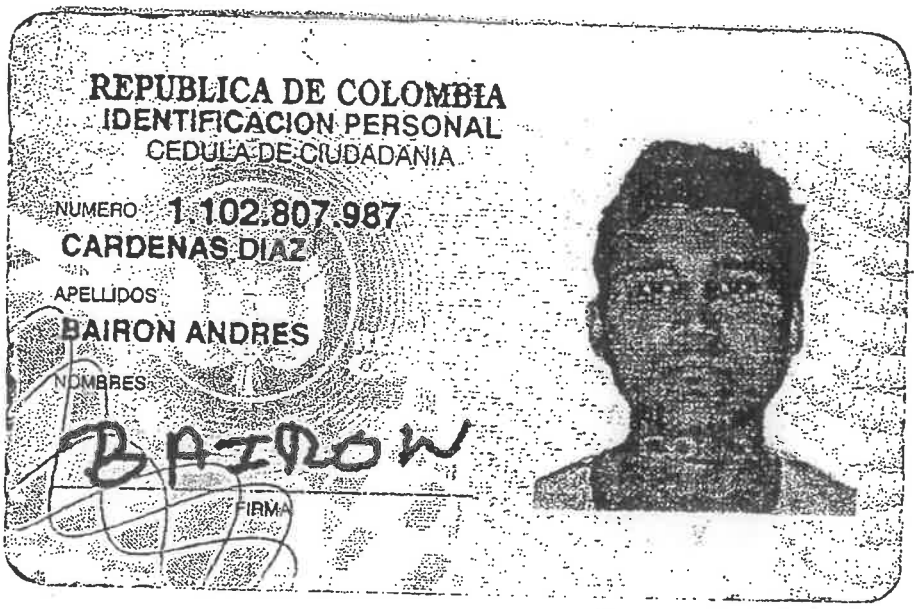
Este certificado está registrado bajo el código único de No MIN-2019-1302 y debe verificarse únicamente en la página web:

rtificados de Alturas y Servicios s.a.s
t: 900.992.376-4
L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
rtificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Winter Eslay Vergara Arrieta
Cédula No 10.887.539
LSO No RES. 3482 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede constatar a través de la página web WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM, E-MAIL VERIFICARCERTIFICADOSDEALTURAS@GMAIL.COM, TELEFONO 3112344801, con su respectivo número de identificación.

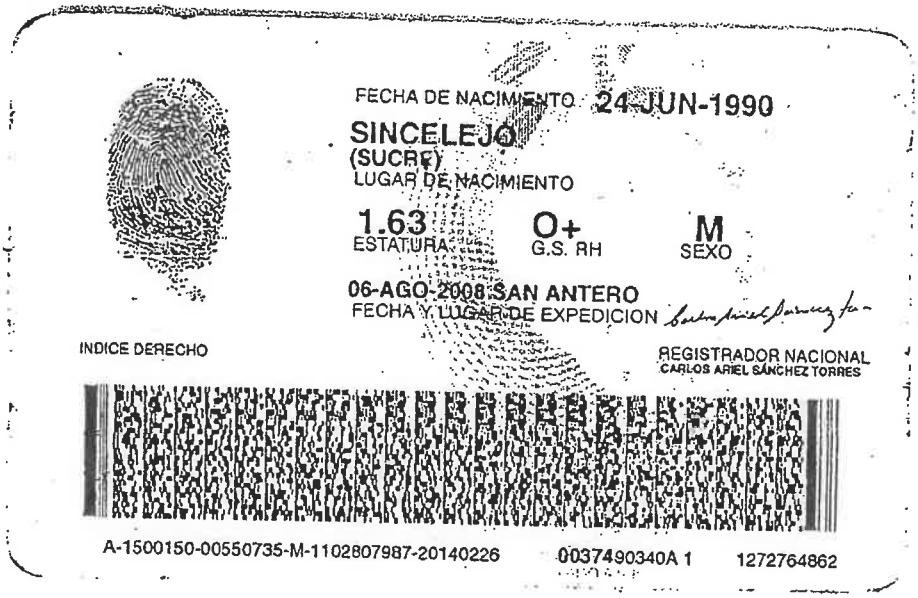
1941



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.807.987
CARDENAS DIAZ
APELLIDOS
BAIRON ANDRES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1990
SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-AGO-2008 SAN ANTERO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00550735-M-1102807987-20140226 0037490340A 1 1272764862

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1047385619	TORRECILLA MEJIA JONATAN JAVIER	30/01/2020		16431452	DEPENDIENTE
C1003290026	MURILLO BORJA ISAIAS MANUEL	30/01/2020		22351931	DEPENDIENTE
C1102807987	CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES	30/01/2020		K1323824	DEPENDIENTE
C1102119981	BALDOVINO DELGADO LUIS ENRIQUE	30/01/2020		21818113	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797133732002960665

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 29/01/2020 16:51:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.147.79.67, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BAIRON ANDRES CARDENAS DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.807.987**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

29 | 01 | 2020

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
CARDENAS	DIAZ	BAIRON	ANDRES

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1102807987
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 24 | 06 | 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $877.803
18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

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

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

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

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		

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: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS
36. Tipo de documento de identificación: NT
37. Número del documento de identificación: 901019293
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: KRA 17 4A 37 | 3115070237 | GIRARDOT | CUNDINAMARCA

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. Traslado de cotizantes o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de cotizantes o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o reactivación de cotizantes para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad promotora 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 de inicio 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				29 01 2020

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de veracidad y compromiso de actualización y aviso
47. Declaración de veracidad y compromiso de [illegible]
48. Declaración de veracidad de [illegible]
49. Declaración de [illegible]
50. Autorización para la EPS, cotejar y validar datos y copia de documentos de identificación [illegible]
51. Autorización para la EPS, consulta y reporte de [illegible]
52. Autorización para la EPS, manejo de datos personales de [illegible]
53. Autorización para [illegible]

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [illegible] Ciudad: [illegible] Folios: [illegible]
57. Copia del último pago de aportes pensionales realizado por la entidad competente
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial ejecutoriada de unión marital
59. Copia de la sentencia judicial o escritura pública que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública de la disolución y liquidación de la sociedad conyugal, o de la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la acción judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste el estado de la patria potestad (o autoridad) de ambos padres o de quien ejerza por ellos la representación legal del menor sobre el cual se predica la calidad de beneficiario o se ordene la adopción de éste
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 acta de conciliación o providencia de las autoridades competentes en [illegible] calidad de beneficiario o se ordene la adopción de éste

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

71. Firma del funcionario

VIGENCIA 5 (FORMULARIO)

Cambio Empleo

1945

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Bogotà, Enero 30 de 2020 Hora: 7,53

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1102807987 **PACIENTE:** CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES

FECHA NACIMIENTO: Junio 24 de 1990 **LUGAR:** SINCELEJO **EDAD:** 29

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 1 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CARTISAVAL CONSTRUCCIONES

EPS: FAMISANAR **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA

ARL: POSITIVA **ACT.ECONÓMICA:**

CARGO A OCUPAR: AUXILIAR **AFP:** PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M.J.4546 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		BOIRON FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1102807987



Numero de aprobación N° 08SE2019220000000019941
de MINTRABAJO Según Res 1178 de 2017, 1409 de 2012.
Bajo la NTC 6072:2014 ICONTEC - CS-CER660658 / 18-01-2019

ALT&SI
ALTURAS Y SEGURIDAD INDUSTRIAL S.A.S.

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Hace Constar que:

CARDENAS DIAZ BAIRON ANDRES

Con cédula de ciudadanía No. 1102807887

ALT&SI-R-10-549

Asistió y Aprobó satisfactoriamente el nivel formación:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO NIVEL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 20 horas

Desde el 10 de octubre de 2019 hasta el 11 de octubre de 2019

En testimonio de lo anterior se firma a 11 de octubre de 2019, en Bogotá D.C

Cesar Rodriguez S. - Rep. Legal.
Lic. Sal. Ocup 15062 /03-DIC-2018

Edwin Mario Bravo C.
Lic. Salud Ocup. 6488 / 02-JULIO-2019

La autenticidad del documento se puede verificar en www.altsisas.com

Tels: 310 3208665 - 310 3219423 704 2566





CR 44 # 29 A 375 CA
+ 313 4628223

ARL | sura

Medellín, 13 de enero de 2020

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 CASTERRA INGENIEROS & CIA S.A.S. que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000002 CENTRO MEMORIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C11806063	PALMA MOSQUERA MILTON JOSE	14/01/2020		210244G2	DEPENDIENTE

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/01/2020 23:39:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PALMA MOSQUERA MILTON JOSE** identificado(a) con **CC** número **11.806.063** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de mayo de 2002 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004635614	14|0|1|2|0|2|0

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

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

A. AFILIACIÓN

6.Apellidos y nombres			
PALMA (Primer apellido)	MOSQUERA (Segundo apellido)	MILTON (Primer nombre)	JOSE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad: CC	8.Número del documento de Identidad: 11806063	9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10.Fecha de nacimiento: 0|8|0|6|1|9|7|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia			
TV 44 29 A 33 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3134628223 (Telefono celular)	MILTONJPALMAM@GMAIL.COM (Correo electronico)
SOACHA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	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

Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
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)
CASTERRA INGENIEROS Y CIA S A S	NIT	900447439	01

39.Ubicación				
AC 127 87 A 24 IN 3 CA 1 (Dirección)	3202331827 (Teleéfono)	CASTERRA.ING@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Preventsalud

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 1

DATOS GENERALES

Bogotà, Enero 16 de 2020 Hora: 9,14

No IDENTIFICACIÓN: 11806063
PACIENTE: PALMA MOSQUERA MILTON JOSE
FECHA NACIMIENTO: Junio 08 de 1970
LUGAR: QUIBDO
EDAD: 49
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
No HIJOS: 4
SEXO: MASCULINO
ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS
EPS: SALUD TOTAL
EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
ARL: NO RECUERDA
AFP: COLFONDOS
CARGO A OCUPAR: ENCARGADO

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO APLICA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTROL POR OPTOMETRIA URGENTE PARA DEFINIR TRATAMIENTO Y CONDUCTA A SEGUIR
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
INCLUIR PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN VISUAL

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dra. Patricia Cuellar Alvarado PATRICIA CUELLAR ALVARADO T.P. 5495/2003 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MEDICO: 5495 DE 2003		NOMBRE: PALMA MOSQUERA MILTON JOSE
LICENCIA: 12919 / 18-nov-2014		CEDULA: 11806063



Asesorias

Autorización de Min Trabajo N°08SE2018220000000013839 del 23 de abril de 2018
LIC. SST N°8667 del 26 de julio de 2016
CERTIFICACION ICONTEC NTC6072:2014 CS-CER 600751

OTORGA LA PRESENTE

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS A

PALMA MOSQUERA MILTON JOSE

Documento de Identidad N° 11.806.063

Quien cursó y aprobó la acción de formación

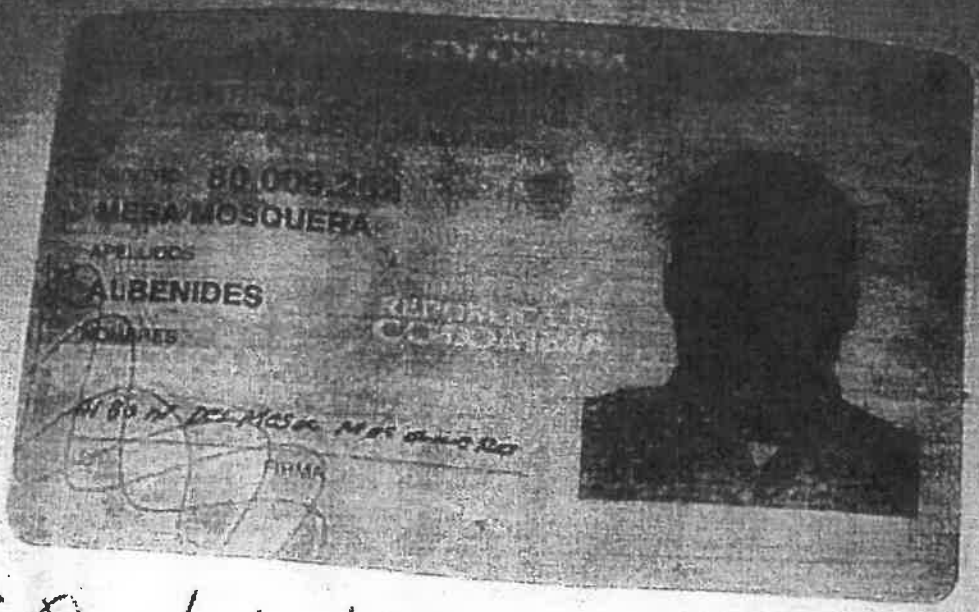
REENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS - AVANZADO

Realizado entre el 13 de agosto y el 14 de agosto de 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 20 Horas
En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 14 días del mes de agosto de 2019
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017

Mayra Berenice Gutierrez Poveda
C C. 1032480561
Lic SST. N° 6472-2017
Gerente General

HSEQ-K358

EDWIN GUERRA
Edwin Guerra Marroquin
Entrenador TSA
C.C. 1012354365
Lic. SST. N° 12160 - 2017
Reg. Entrenador 57380286



CC 4 # 29A 335 ct
+ B22 521 8353



FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1979
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

23-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00169275-M-0080009202-20091020 0017324803A 1 1390056189

ARL | sura

Medellín, 13 de enero de 2020

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 CASTERRA INGENIEROS & CIA S.A.S. que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000002 CENTRO MEMORIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C80009202	MESA MOSQUERA ALBENIDES	14/01/2020		y1502389	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/01/2020 23:36:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MESA MOSQUERA ALBENIDES** identificado(a) con **CC** número **80.009.202** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de mayo de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004635517	1|4|0|1|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MESA (Primer apellido)	MOSQUERA (Segundo apellido)	ALBENIDES (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	80009202	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|0|4|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 44 29 A 33 SUR		3225218383	ALNENISMESAM1979@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
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)
CASTERRA INGENIEROS Y CIA S A S	NIT	900447439	01

39.Ubicación				
AC 127 87 A 24 IN 3 CA 1 (Dirección)	3202331827 (Teleéfono)	CASTERRA.ING@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

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
MESA	MOSQUERA	ALBENIDES	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
80009202	X	1979 04 17	X	2020 01 14

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas 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 comunicaciones 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
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
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: ALBENIDES MESA MOSQUERA identificado con el documento de identidad número: 80009202, X autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: _____

ALBENIDES MESA MOSQUERA

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

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS
CONTROL: 1

Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 8,45

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 80009202 **PACIENTE:** MESA MOSQUERA ALBENIDES
FECHA NACIMIENTO: Abril 17 de 1979 **LUGAR:** BUENAVENTURA **EDAD:** 40
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** MASCULINO
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS
EPS: SALUD TOTAL **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
ARL: NO AFILIADO **ACT.ECONÓMICA:**
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE **AFP:** COLPENSIONES

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO APLICA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN VISUAL POR DEFECTO DE REFRACCIÓN.
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
INCLUIR PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN VISUAL

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Castro S. R.M./4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		Alberto Mosquera FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MESA MOSQUERA ALBENIDES
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 80009202

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.183.310**

CADENA GALINDO

APELLIDOS

EDGAR

NOMBRES



FIRMA

1960

2



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-1973**

NUEVO COLON
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-JUN-1991 NUEVO COLON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1516900-00162658-M-0004183310-20090714 **00133**82956A 1 25865325

1961

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901021124	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		AGR INGENIERIA SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO.	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN.	CALLE 44 N° 68A - 10 TELÉFONO:	4577777	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades especializadas para la construc	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7737703788	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPL			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2019	
DIAS DE MORA:	0					
FECHA PAGO (aaaammdd):	20191206	NÚMERO AUTORIZACIÓN.	531			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132,600	$ 0	
230301	230301-PORVENIR	5	$ 663,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 663,000	$ 0	
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132,600	$ 0	
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132,600	$ 0	
SUBTOTALES:										$ 1,060,800	$ 0	$

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66,400	$ 0	$ 0	
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33,200	$ 0	$ 0	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33,200	$ 0	$ 0	
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66,400	$ 0	$ 0	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66,400	$ 0	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 265,600	$ 0	$ 0	$

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 461,600	$ 461,600	$ 0	$ 0	$
SUBTOTALES:									$ 461,600	$ 0	$ 0	$

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	8	$ 265,600	$ 0	$
SUBTOTALES:			$ 265,600	$ 0	$

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	NOVEDADES SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1388495	OLIVERA PICO ALEXANDER	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
2	CC 7988170	OVIEDA ORTIZ HUGO ANDRES	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
3	CC 418331	CADENA EDUARDO EDGAR	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
4	CC 7574165	PONTON ESTUPIÑAN DELIO	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
5	CC 80821433	ROMANCHO HERRERA PABLO ALEXANDER	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
6	CC 79841956	OROZCO SANTOS LUIS	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
7	CC 80369366	GARZON DIAZ WILSON JAVIER	DEPEND		$ 828,200			SI	01																
8	CC 93117103	GONZALEZ JARAMILLO ALEJANDRO HUMBERTO	DEPEND		$ 828,200			SI	01																

N°	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	SLSAP TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 828,200	$ 132,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
2	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 828,200	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,600	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
3	231001-COLFONDOS	30	$ 828,200	$ 132,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,500	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
4	230301-PORVENIR	30	$ 828,200	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
5	230301-PORVENIR	30	$ 828,200	$ 132,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,500	EPS017-FAMISANAR	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
6	230301-PORVENIR	30	$ 828,200	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
7	230301-PORVENIR	30	$ 828,200	$ 132,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0
8	25-14 COLPENSIONES	30	$ 828,200	$ 132,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132,600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 828,200	$ 33,200	$ 0	$ 33,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 828,200		$ 57,700	30	$ 828,200	CCF24-COMPENSAR	$ 33,200	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 2.053,6

2019/12/06 1:36 PM USUARIO: SOI CC1388495

PÁGINA 1 DE 1

1962

25

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE TRABAJO EN ALTURAS
MEDICINA LABORAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
DR. USBINAR ALFSO PARDO MORA
NIT: 80153345-0
CLL 27 No 28-37 Tel: 3208126648
REG. MEDICO 1658/95 C.C. 7.358.103

APTITUD LABORAL DE TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Certificado de aptitud laboral de: INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS fecha de atención: 16/08/2019

Nombre: EDGAR CADENA GALINDO

Cedula de ciudadanía: 1233510 Edad: 36 AÑOS

Cargo: OPERARIO

Empresa: AGR INGENIERIA S.A.S NIT: 901004134-8

Antecedentes personales

1. Fobia al trabajo en alturas	☐	6. Sufre del corazón (arritmias, palpitaciones) o es hipertenso	☐
2. Diabetes Mellitus o hipoglicemia no controlada	☐	7. Toma drogas que afecten el sistema nervioso central	☐
3. Antecedentes de vértigo, mareos o lipotimias	☐	8. Antecedentes de pérdida de conocimiento o convulsiones	☐
4. Toma algún medicamento actualmente	☐	9. Tolera el uso de elementos de protección respiratoria	■
5. Acostumbra a beber bebidas alcohólicas	☐	10. Sufre de los pulmones (asma, bronquitis, EPOC)	☐

Examen físico

Peso (kg): 80 Talla (m): 1.78 RH: O+

Tensión arterial (mmHg): 117/75 Frecuencia cardiaca (latidos-min): 6 Frecuencia respiratoria (res-min): 17

Extremidades: Arcos de movimientos y fuerza: AMBAS CONSERVADAS Reflejos: PRESENTES

Coordinación motora y equilibrio: ROMBERG NEGATIVO Marcha: SIN ALTERACION

Conducta y recomendaciones

VALORACION POR MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA EN SU EPS
CONTROL CON NUTRICION

Examenes complementarios

Audiometría: 16/08/2019 Calificación OD. NORMAL Calificación OI. NORMAL

	OIDO DERECHO								OIDO IZQUIERDO							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aérea	25	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	25	25	25	25	25
Ósea																
Diagnóstico	AUDICION NORMAL BILATERAL															

Optometría

OD	20/20
OI	20/25

Motilidad: Hirschberg simétrico ortoforico, ductiones y versiones conservadas

Biomicroscopia OD: cornea transparente, cámara interior formada, pupila redonda reactiva, cristalino transparente.

Reporte test de colar de Farnsworth: reconoce todos los colores.

Anexos: párpados y vía lagrimal normal

O. fix: función de ojo normal O. la: función de ojo normal

Movimientos oculares ducciones y versiones normales.

Espirometría: NORMAL

Laboratorios: 16/08/2019

Glicemia: 90 Valor normal: 70-120

Colesterol: 140mg/dl Valor normal: 0.00 – 200 mg/dl

Triglicéridos: 133mg/dl valor normal: 0.00 – 150 mg/dl

Restricciones y recomendaciones: HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS EN EL LUGAR DE TRABAJO, USOS DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS EN LA EMPRESA

Observaciones:

Aptitud médica para trabajo en alturas: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS Y APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Aptitud médica para trabajo en espacios confinados:

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador la cual es de carácter confidencial y de manejo reglado (resolución 1409-2012, resolución 1918-2009).

Firma medico ocupacional y reg. Medico

Huella Del Trabajador

Firma y cedula del trabajador

Declaración de diligenciamiento: certifico que la información aquí he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa contratada que realizara(n) los exámenes de ingreso, igualmente certifico que he comprendido el procedimiento, resultados e interpretación de los examen médicos y resultados para alturas.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.810.876**
MOSQUERA CUESTA

APELLIDOS
EVERLEY

NOMBRES

everley mosquera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1980**
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

27-NOV-1998 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1524700 0021806-M 0011810876-20100204 0020627396A 1 28880293

ARL | sura

Medellín, 17 de Enero de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CASTERRA INGENIEROS CIA SAS que se encuentra EN MORA, en el centro de trabajo 0000000002 - PPAL BOGOTA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C11810876	MOSQUERA CUESTA EVERLEY	18/01/2020		02J23839	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324585042001739741

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EVERLEY MOSQUERA CUESTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.810.876**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 7 4 6 7 9 4 *

No. DE RADICACIÓN: 5002746794

Fecha de Radicación: 30/12/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X], Beneficiario o afiliado adicional [ ] — B. Colectiva [ ] — C. Institucional [ ] — D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] — Código (a registrar por la EPS): [ ]

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

6. Primer apellido	6. Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Mosquera	Cuesta	Everley	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1118108876	Femenino [ ] Masculino [X]	29/10/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PORVENIR	877803

18. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cra 18 N° 9 A 89 SUR		3227317826	mosqueraeverley@outlook.com Londuerty mosquera 1980

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
30601A	Urbana [X] Rural [ ]	30601A	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	19. 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 [ ]	DD MM AAAA

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

	24. Primer apellido	24. Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Código de la Sucursal (a registrar por la EPS)
CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS	NIT	900447439	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
AC 127 87 A 24 INT 3 Apt 1	3202331827	castorre.ing@gmail.com	30601A	30601A

ORIGINAL EPS

M-PYGA-F001-V1.0-2018

Scanned by CamScanner

Preventsalud IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Bogotà, Enero 17 de 2020 Hora: 8,45

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 11810876
PACIENTE: MOSQUERA CUESTA EVERLEY
FECHA NACIMIENTO: Octubre 29 de 1980
LUGAR: CHOCO
EDAD: 39
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
No HIJOS: 3
SEXO: MASCULINO
ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS
EPS: SALUD TOTAL
EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES
AFP: PORVENIR
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS
NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS

RECOMENDACIONES LABORALES
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuevas S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ALFREDO CUEVAS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		Everley FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MOSQUERA CUESTA EVERLEY
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 11810876

Services & Training

Health, Safety and Environment

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS SEDE SOACHA

En cumplimiento de la Res. 1409 de 2012, Res. 1903 de 2013, Res. 3368 de 2014, Res. 1178 de 2017 y NTC 6072

Hace constar que:

EVERLEY MOSQUERA CUESTA

C.C. 11810876

Certificado No. S&T-S 190930

Cursó y aprobó la acción de formación

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas

En testimonio de lo anterior se firma en la ciudad de:

Soacha Cund. el 02 de Octubre de 2019

MIGUEL A. FONSECA A.
LICENCIA 2712 DEL 11/03/2009 S.D.S. BOGOTA

ENTRENADOR

Services & Training
02 OCT 2019
Health, Safety and Environment

EDGAR HERNANDO PÉREZ LOZANO
REPRESENTANTE LEGAL

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS NIT 900.630.894-5
Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo 2375 de 19/02/2018
APROBACIÓN MINISTERIO DEL TRABAJO 08SE2019220000000000777 2019-01-14
CERTIFICADO POR BUREAU VERITAS CO 18.02480 23 DE AGOSTO 2018 NTC 6072-2014
ACREDITADO ONAC ISO/IEC 17065-2012 09-CPR-008
Cra. 4 (Autopista del Sur) # 53 - 175 Soacha Cundinamarca - Cel.: 312 494 8925
Verificación de Certificados Únicamente en: www.servicestraining.co • ventas@servicestraining.co