Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 06/09/2023 08:08:58 PM
Fecha de radicación : 07/09/2023 08:00:00 AM
ITD_202309070800_91349112

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 91.349.112	1994/10/31	SANTANDER	PIEDECUESTA	1976/08/31

Nombres y apellidos			
CESAR		OLIVAREZ	BARAJAS

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/09/06	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

CESAR OLIVAREZ BARAJAS
Firma del trabajador
Número documento trabajador 91.349.112

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	110	06/09/2023	CC 1102381340	OLIVAREZ MARTINEZ ELMER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5DB2BEAACF5E261A864C046AB4139772 Certificado impreso el día 9/5/2023 7:24:30 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
ELMER ARVEY
OLIVAREZ MARTINEZ
1102381340
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ELMER ARVEY OLIVAREZ MARTINEZ** con **CC** No. **1102381340**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 06/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101998255.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) ELMER ARVEY OLIVAREZ MARTINEZ identificado(a) con documento de identidad CC 1.102.381.340 se encuentra afiliado (a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS NIT 800.227.940-6

Se expide la siguiente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de Septiembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctenos, o comuníquese con nuestro contact center a través de las siguientes líneas Bogotá 7481888, Barranquilla 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y el resto del país 6042888, en donde hay personas dispuestas a atender todas sus inquietudes.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 06/09/2023 08:11:25 PM
Fecha de radicación : 07/09/2023 08:00:00 AM
ITD_202309070800_1102381340

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
C 13862793	8 D.V	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.102.381.340	2014/09/22	SANTANDER	PIEDECUESTA	1996/09/08

Nombres y apellidos			
ELMER	ARVEY	OLIVAREZ	MARTINEZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/09/06	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

ELMER ARVEY OLIVAREZ MARTINEZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.102.381.340

Fundación SaludMía EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	0 6 0 9 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual - Cotizante o Cabeza e 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 [X] B. Cabeza de Familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (DEL COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y Nombres			
OLIVAREZ	MARTINEZ	ELMER	ARVEY
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7.Tipo de Documento de Identidad	8. Número de Documento de Identidad	9. Sexo	10.Fecha de Nacimiento
CC	1.102.381.340	Femenino [ ] Masculino [X]	0 8 0 9 1 9 9 6

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de Población Especial
	T [F N M] Condición [T P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de pensiones.	17. Ingreso Base de Cotización IBC
SURA	PORVENIR	$1.160.000

18. Dirección			
CRA 8 41 15		3022555182	ELMEROLIVAREZ@GMAIL.COM
Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electronico
BGA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	ALFONSO LOPEZ	STDER
Municipio / Distrito		Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

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

20.Tipo de Documento de Identidad	21. Número de 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 de Documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
		Femenino	Masculino	

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

	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	IMAP BGA	
B		
B		
B		

35. Nombre o Razón Social		37. Numero de documento de identificacion	38. Tipo de aportante o pagador Pensiones (A registrar por la EPS)
DESIDERIO SEPULVEDA REY	CC	13.862.793	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedades

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

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	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		06 09 2023

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		COMFENALCO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiario y afiliados adicionales.
	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
	48. Declaración de la 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.
X	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias 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 por sus funciones la requieren.
X	52. Autorización para que la EPS maneje los datos del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo provisto 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 un mensaje 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

IX. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total:
	56. Anexo copia del documento de identidad:									
	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, aca 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. Certificado de vinculación a una entidad 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.

Fundación SaludMia eps

Nombre LEIDY QUINTERO

CC 1098653063

Radicado para estudio EPS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

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	71. Firma del Funcionario

LEIQUI01

RADICADO: LEIDY QUINTERO

6/09/2023

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

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	111	06/09/2023	CC 91348558	OLIVAREZ BARAJAS VICTOR	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5DB2BEAACF5E261A864C046AB4139772 Certificado impreso el día 9/5/2023 7:26:36 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
VICTOR MANUEL
OLIVAREZ BARAJAS
91348558
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **VICTOR MANUEL OLIVAREZ BARAJAS** con **CC** No. **91348558**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 06/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101998251.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR MANUEL OLIVAREZ BARAJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.348.558**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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
4010934789	0|6|0|9|2|0|2|3

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:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
OLIVAREZ Primer apellido	BARAJAS Segundo apellido	VICTOR Primer nombre	MANUEL Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	91348558	Femenino ☐ Masculino ☒	0|2|1|1|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo	Condicion		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

DG 55 C 54 P 2 LA CUMBRE **Dirección**		3022555182 **Telefono celular**	VICTOROLIVARES@GMAIL.COM **Correo electronico**
BUCARAMANGA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	SANTANDER **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		ALIANZA DIAGNOSTICA CALLE 50 - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	ALIANZA50 - ALIANZACAB
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)
DESIDERIO SEPULVEDA REY	CC	13862793	01

39.Ubicación

CL 12A 25 1 MZ F Dirección	6540406 Teleéfono	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM Correo electrónico	PIEDECUESTA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4010934789

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|6|0|9|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial 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.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9008845430

9008845430

No. de Radicación: 23993904

Fecha de Radicación: 03 06 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ROJAS	Segundo Apellido:	Primer Nombre: JUNIOR	Segundo Nombre: MANUEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PT	5330270	Femenino: Masculino: X	D: 22 M: 09 A: 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: Condición:	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	SIN AFP

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	CALLE 36 11 02 CAMPO MADRID	NT	3163581102
Correo electrónico	BUCARAMANGA	Zona: Urbana X Rural	Localidad / Comuna: SANTANDER

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 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
01				
02				
03				
04				
05				

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

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO BUCARAMANGA	6233
S		
S		
S		
S		
S		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SEPULVEDA REY DESIDERIO	CC	13862793	

39. Ubicación				
CL 12A N25 MZ F URB	6540406	construn@outlook.com	PIEDECUESTA	SANTANDER
Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 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
			D M A	03 06 2022

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

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 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.	X

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

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 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 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
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008845430

9008845430

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿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	
¿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	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles**: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JUNIOR MANUEL ROJAS

Identificación: PT 5330270

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JUNIOR MANUEL ROJAS

Identificación: PT 5330270

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (6) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

PENSIONES Y CESANTÍAS
PROTECCION

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PROTECCIÓN S.A.
NIT 800.229.739-0
CALLE 49 # 63-100
MEDELLÍN

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor(a) **ROJAS JUNIOR MANUEL** con número de identificación **PPT 5330270** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION S.A., y su estado es activo

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de Junio de 2022.

Cordialmente,

MARIA TERESA VELASQUEZ G.
Jefe Departamento Pensión Obligatoria
PROTECCIÓN S.A

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de solicitud: 02/06/2022 08:38:55 PM
Fecha de radicación : 03/06/2022 08:00:00 AM
ITD_202206022038_5330270

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
PT 5330270	2022/04/26	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	1991/09/22

Nombres y apellidos			
JUNIOR	MANUEL	ROJAS	

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 5 88 01	ALARCON

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2022/06/03	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,000,000		1,000,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
No. Documento. Empleador 13862793

JUNIOR MANUEL ROJAS
Firma del trabajador
No. Documento Trabajador 5330270

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LUIS EDUARDO GARCÍA DIART** con **CC** No. **1007127865**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 24/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012677530.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Grupal [ ] — Cotizante o Pensionado [ ] Beneficiario o Afiliado adicional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Adicional [ ]

5. Tipo de vinculación: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

6. Ingresa a la EPS: [ ]

II. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y nombres			
Primer apellido: García	Segundo apellido: Díaz	Primer nombre: Luis	Segundo nombre: Eduardo

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.007.127.865	Masculino [X]	11 11 1999

III. DATOS DOMICILIARIOS

Datos personales

11. Zona	12. Ocupación: Tipo	13. Parentesco	14. Grupo de población especial

15. Nombre de la Entidad Administradora de Pensiones - AFP	16. Nombre de la Entidad Administradora de Cesantías	17. Ingreso mensual de cotización - IBC
Positiva	ColFondos	1'160.000

18. Residencia			
Cra 14 # 63-51	Teléfono fijo	3005914276	Correo electrónico
Bucaramanga	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Lagreles	Santander

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
21. Tipo de documento de identidad	22. Número de documento de identidad	23. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	24. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y demás afiliados adicionales

25. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	26. Tipo de documento de identidad	27. Número de documento de identidad	28. Sexo: Femenino	Masculino	29. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	30. Parentesco	31. Orden	32. Tipo de folio: Tipo I	II	III	Consecutivo I	II
01							
02							
03							
04							
05							

	33. Lugar de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo del afiliado	34. Valor de la UPC del régimen contributivo o subsidiado que le reconoce la EPS
01						
02						
03						
04						
05						

	35. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS a la cual se registra en la EPS
1		
2		
3		
4		

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

1. Nombre o razón social	2. Tipo de documento de identificación	3. Número de documento de identificación	4. Tipo de aportante o cotizante pensionado a la Entidad que la EPS
Desderio Sepúlveda Rey	NIT	13862793	

5. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Departamento
Calle 12A # 25-91		Bucaramanga	Sidev

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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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 DD/MM/AAAA	42. Fecha DD/MM/AAAA 01/02/2023

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

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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular otros mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Luis Eduardo Garcia D.	Desiderio Pinedar.

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexa 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, sentencia judicial que declare la disolución, 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. Documentos que contengan la prueba de la patria potestad o el certificado de defunción 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 niños.

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 DD/MM/AAAA	69. Fecha de validación DD/MM/AAAA

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	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: cargo: Aux construcción

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

COOSALUD

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 24/02/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	32018563
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2023-02-24
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	1007127865
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	138627938
• **FONDO DE PENSIÓN:**	COLFONDOS
• **IBC:**	$1.160.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 24 días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) LUIS EDUARDO GARCIA DIART identificado(a) con documento de identidad CC 1.007.127.865 se encuentra afiliado (a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS NIT 800.227.940-6

Se expide la siguiente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de febrero del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctenos, o comuníquese con nuestro contact center a través de las siguientes líneas Bogotá 7481888, Barranquilla 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y el resto del país 6042888, en donde hay personas dispuestas a atender todas sus inquietudes.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 23/02/2023 08:16:22 PM
Fecha de radicación : 24/02/2023 08:00:00 AM
ITD_202302240800_1007127865

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.007.127.865	2018/01/11	ATLANTICO	CAMPO DE LA CRUZ	1999/11/14

Nombres y apellidos			
LUIS	EDUARDO	GARCIA	DIART

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 14 63 51	LAURELES

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3005914276

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/02/24	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

LUIS EDUARDO GARCIA DIART
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.007.127.865

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/10/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	115	25/10/2023	CC 79119191	GUTIERREZ GUERRERO MAURICIO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

0629B0B28D10FBBFC7F879F1446460C5 Certificado impreso el día 10/24/2023 8:13:46 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
MAURICIO ENRIQUE
GUTIERREZ GUERRERO
79119191
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MAURICIO ENRIQUE GUTIERREZ GUERRERO** con **CC** No. **79119191**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 25/10/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301020440722.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de octubre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/10/2023, el empleador DESIDERIO SEPULVEDA REY identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 13862793 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6324142	25/10/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79119191	MAURICIOENRIQUE GUTIERREZ GUERRERO	1160000	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2023-10-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Octubre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAURICIO ENRIQUE GUTIERREZ GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79119191,** *no está afiliado/a* al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de octubre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 24/10/2023 08:23:38 PM
Fecha de radicación : 25/10/2023 08:00:00 AM
ITD_202310250800_79119191

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 79.119.191	1979/12/07	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	1958/09/10

Nombres y apellidos			
MAURICIO	ENRIQUE	GUTIERREZ	GUERRERO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 44 A 3 A 25	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3001907026

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	SECUNDARIA (6° A 9°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/10/25	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

MAURICIO ENRIQUE GUTIERREZ GUERRERO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 79.119.191

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 08/11/2023 05:57:43 PM
Fecha de radicación : 08/11/2023 05:57:00 PM
ITD_202311081757_13748092

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 13.748.092	1999/02/04	SANTANDER	BUCARAMANGA	1980/02/01

Nombres y apellidos			
MAURICIO		PENA	MUNOZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/11/09	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

MAURICIO PENA MUNOZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 13.748.092

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MAURICIO PEÑA MUÑOZ** con **CC** No. **13748092**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 09/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021158888.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PENA MUNOZ MAURICIO** identificado(a) con **CC** número **13.748.092** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de abril de 2003 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 08 de noviembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2023110817420

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 08/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	121	09/11/2023	CC 13748092	PEÑA MUÑOZ MAURICIO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

80B0102AD8727CDF4976DF6A34E12D0C Certificado impreso el día 11/8/2023 5:39:35 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
MAURICIO
PEÑA MUÑOZ
13748092
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MARLON HERRERA MARTINEZ** con **CC** No. **13718215**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 20/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021344858.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	125	20/11/2023	CC 13718215	HERRERA MARTINEZ MARLON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

190D83C5A5A39E4A0AE98270DA20AA33 Certificado impreso el día 11/19/2023 7:56:31 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
MARLON
HERRERA MARTINEZ
13718215
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011283628	2|0|1|1|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación [x] **B.**Reporte de Novedades [ ]

2.Tipo afiliacion — **B.** Colectiva [ ]

A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [x] -Beneficiario afiliado adicional [ ] — **B.** Institucional [ ] **B.** De oficio [ ]

3.Regimen — **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 [ ]

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
HERRERA Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	MARLON Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	13718215	Femenino [ ] Masculino [x]	2|0|0|3|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo [ ] Condicion [ ]		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CL 24 12 38 **Dirección**	**Telefono fijo**	3022555182 **Telefono celular**	MARLONHERRERA@GMAIL.COM **Correo electronico**
BUCARAMANGA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana [x] Rural [ ]	**Localidad / comuna**	SANTANDER **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		CNTRO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD-CISS - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	CENTROCISS - ALIANZACAB
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)
DESIDERIO SEPULVEDA REY	CC	13862793	01

39.Ubicación

CL 12A 25 1 MZ F Dirección	6540406 Teleéfono	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM Correo electrónico	PIEDECUESTA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011283628

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|0|1|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA MARTINEZ MARLON** identificado(a) con **CC** número **13.718.215** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo 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 19 de noviembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2023111919595

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 19/11/2023 08:01:57 PM
Fecha de radicación : 20/11/2023 08:00:00 AM
ITD_202311200800_13718215

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 13.718.215	1997/05/02	SANTANDER	BUCARAMANGA	1979/03/20

Nombres y apellidos			
MARLON		HERRERA	MARTINEZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/11/20	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

MARLON HERRERA MARTINEZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 13.718.215

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ALFREDO RAMIREZ BUSTOS** con **CC** No. **1051637117**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 05/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102252741.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 04/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	133	05/12/2023	CC 1051637117	RAMIREZ BUSTOS ALFREDO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

974E0BC97FC55BA5C2289ECFE88CF0CE Certificado impreso el día 12/4/2023 11:57:37 AM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
ALFREDO
RAMIREZ BUSTOS
1051637117
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 04/12/2023 12:00:25 PM
Fecha de radicación : 04/12/2023 12:00:00 PM
ITD_202312041200_1051637117

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.051.637.117	2015/08/24	BOLIVAR	CANTAGALLO	1997/06/13

Nombres y apellidos			
ALFREDO		RAMIREZ	BUSTOS

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/12/05	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

ALFREDO RAMIREZ BUSTOS
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.051.637.117

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALFREDO RAMIREZ BUSTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.637.117**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ALONSO DUARTE VELANDIA** con **CC** No. **91498907**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 04/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102239296.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	132	04/12/2023	CC 91498907	DUARTE VELANDIA ALONSO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F14E7D0786CDCD22C91B18EA370DC7D0 Certificado impreso el día 12/3/2023 8:46:30 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
ALONSO
DUARTE VELANDIA
91498907
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011351942	0|4|1|2|2|0|2|3

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			
DUARTE Primer apellido	VELANDIA Segundo apellido	ALONSO Primer nombre	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	91498907	Femenino ☐ Masculino ☒	2|6|0|4|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo	Condicion		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL 31 09 09 **Dirección**	**Telefono fijo**	3022555182 **Telefono celular**	ALONSODUARTE@GMAIL.COM **Correo electronico**

BUCARAMANGA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	SANTANDER **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 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		CNTRO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD-CISS - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	CENTROCISS - ALIANZACAB
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)
DESIDERIO SEPULVEDA REY	CC	13862793	01

39.Ubicación

CL 12A 25 1 MZ F Dirección	6540406 Teleéfono	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM Correo electrónico	PIEDECUESTA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011351942

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|4|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 03/12/2023 08:52:44 PM
Fecha de radicación : 04/12/2023 08:00:00 AM
ITD_202312040800_91498907

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 91.498.907	1995/09/13	SANTANDER	BUCARAMANGA	1975/04/26

Nombres y apellidos			
ALONSO		DUARTE	VELANDIA

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/12/04	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

ALONSO DUARTE VELANDIA
Firma del trabajador
Número documento trabajador 91.498.907

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALONSO DUARTE VELANDIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91498907,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **DEIVIS MANUEL MENDIZ ALVAREZ** con **CC** No. **1066513197**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 04/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102239080.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	128	04/12/2023	CC 1066513197	MENDIZ ALVAREZ DEIVIS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F14E7D0786CDCD22C91B18EA370DC7D0 Certificado impreso el día 12/3/2023 8:17:51 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
DEIVIS MANUEL
MENDIZ ALVAREZ
1066513197
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011351878	0|4|1|2|2|0|2|3

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: **B.** Institucional ☐ — -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MENDIZ Primer apellido	ALVAREZ Segundo apellido	DEIVIS Primer nombre	MANUEL Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1066513197	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|0|8|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo ☐ Condicion ☐		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
TO 6B AP 302		3222258192	DEIVISMANUELMENDIZ@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BUCARAMANGA	Urbana ☒ Rural ☐	57	SANTANDER

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		ALIANZA DIAGNOSTICA CALLE 50 - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	ALIANZA50 - ALIANZACAB
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)
DESIDERIO SEPULVEDA REY	CC	13862793	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 12A 25 1 MZ F	6540406	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	PIEDECUESTA	SANTANDER

No de Radicacion
4011351878

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|4|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MANUEL MENDIZ ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.066.513.197**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 03/12/2023 08:38:46 PM
Fecha de radicación : 04/12/2023 08:00:00 AM
ITD_202312040800_1066513197

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
C 13862793	8 D.V	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.066.513.197	2006/09/04	CORDOBA	AYAPEL	1988/08/12

Nombres y apellidos			
DEIVIS	MANUEL	MENDIZ	ALVAREZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 41 8 02	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/12/04	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

DEIVIS MANUEL MENDIZ ALVAREZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.066.513.197

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 06/09/2023 08:14:30 PM
Fecha de radicación : 07/09/2023 08:00:00 AM
ITD_202309070800_91348558

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 91.348.558	1993/11/16	SANTANDER	PIEDECUESTA	1975/11/02

Nombres y apellidos			
VICTOR	MANUEL	OLIVAREZ	BARAJAS

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/09/06	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

VICTOR MANUEL OLIVAREZ BARAJAS
Firma del trabajador
Número documento trabajador 91.348.558

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución de habilitación No. 031115 del 15-04-2011 del Ministerio de Transporte
Resolución de habilitación No. 0003885 del 11-12-2014 del Ministerio de Transporte
Resolución de aprobación No. 2852 del 04-08-2010 de la Secretaría de Educación Municipal
Resolución de aprobación No. 1380 del 24-04-2014 de la Secretaría de Educación

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO TÉCNICO DE FORMACIÓN DE CONDUCTORES KAREN S.A.S.

Autorizado mediante resolución 2852 de agosto 4 de 2010 Secretaría de Educación de Bucaramanga
Habilitado por el Ministerio de Transporte con resolución No. 3885 del 11 de diciembre de 2014

En cumplimiento de la Ley 769 de Agosto 6/2002, ley 1383 de marzo 16 de 2010 y las demás resoluciones relacionadas con la formación del conductor.

Hace constar

Que el señor(a) **GUSTAVO ROJAS PEÑA** identificado con la cédula de ciudadanía **C.C. 328340** cursó y aprobó en el **INSTITUTO TÉCNICO DE FORMACIÓN DE CONDUCTORES KAREN S.A.S.** los cursos básicos de actualización de los siguientes temas:

TEMA	INTENSIDAD
» PRIMEROS AUXILIOS EN ACCIDENTES VIALES	8 Horas
» CONTROL DEL FUEGO Y MANEJO DE EXTINTORES	8 Horas
» MANEJO DEFENSIVO	8 Horas
» SEGURIDAD VIAL	8 Horas
» MECÁNICA BÁSICA AUTOMOTRIZ	8 Horas
» LEGISLACIÓN Y NORMAS DE TRÁNSITO	8 Horas

Además, se certifica que posee licencia de conducción categoría (B3) que lo habilita para conducir VEHÍCULOS ARTICULADOS O TRACTOCAMIONES según la Ley 1383 de marzo de 2010.

Lugar y Fecha de Expedición: Bucaramanga, 20 de septiembre de 2022.
Fecha de Vencimiento: 20 de septiembre de 2023.

KAREN YOHANNA DIAZ VILLAMIZAR
Directora

Elaboró: ANGIE URIBE 20/09/2022

Política de Autenticidad: Por favor verifique la autenticidad de este documento siempre que llegue a sus manos. Ayúdenos a evitar la adulteración y el fraude; podemos suministrarle evidencias en archivos del proceso de formación de esta persona.

Código de Verificación: 220923MD1030810

Medellín, 14 de Septiembre de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLUCIONES EMPRESARIALES YPS SAS, en el centro de trabajo 0005712201 - MANTENIMIENTO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C328340	ROJAS PEÑA GUSTAVO	15/09/2023		58248207	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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:C10987035502325760243

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 14/09/2023 16:44:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.13.23.15, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/09/2023, el empleador SOLUCIONES EMPRESARIALES YPS SAS901713043 identificado con NIT número 901713043 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6173178	14/09/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	328340	GUSTAVO ROJAS PEÑA	1160000	AYUDANTE DE OBRA	2023-09-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Septiembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

GUSTAVO
ROJAS PEÑA

C.C 328340
Cargo PALETEROS
Nit N901713043
Empresa SOLUCIONES



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

Página 1 de 2

Fecha de Radicación: 14/09/2023

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ✓ — B. Traslado de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia ✓ — Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectivo — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo ✓ — B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✓ — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario
5. Tipo de vinculante: A. Dependiente ✓ — B. Independiente — C. Pensionado
Código (A registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Lagos	Segundo apellido: Mogollon	Primer nombre: Zulma	Segundo nombre: Xiomara
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 63537364	9. Sexo: Femenino ✓ Masculino	10. Fecha de nacimiento: 06/12/1982

B - 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	17. Ingreso Base de Cotización (IBC)
SURA		1'160.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cra 40CC #36-25		3017496021	

Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Bucaramanga	Urbana ✓	La Joya	Santander

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE SUS 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

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 documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	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 E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
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 del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Soluciones Empresariales SAS	NIT	901713043	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cra 8 #42-18	6834091		Bucaramanga	Sider

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación 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 Radicación	42. Fecha
☐☐☐☐☐☐☐☐		☐ / ☐		14092023

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 motivan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de NO información del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- ☐ 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ — 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 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 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 SISBÉN (Número de 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐☐☐☐☐		

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Número de preseguimiento
C.C. No.		

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

Medellín, 14 de Septiembre de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLUCIONES EMPRESARIALES YPS SAS, en el centro de trabajo 0005712201 - MANTENIMIENTO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C63537364	LAGOS MOGOLLON ZULMA XIOMARA	15/09/2023		14913819	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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:C10987035502325759626

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 14/09/2023 16:33:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.13.23.15, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

ZULMA XIOMARA
LAGOS MOGOLLON

C.C 63537364
Cargo PALETEROS
Nit N901713043
Empresa SOLUCIONES



6:21 PM

Estado	Certificado
Número Inscripción	146396265
Identificador Ficha de Caracterización	2820527
Nombre del Programa	COMPETENCIAS CIUDADANAS EN LA SEGURIDAD VIAL
Fecha de Inicio del Programa de Formación	10/08/2023
Fecha de Fin del Programa de Formación	07/09/2023
Estado Ficha de Caracterización	Terminada
Identificación	CC - 63537364
Nombre	ZULMA XIOMARA
Apellidos	LAGOS MOGOLLON
Nivel de Formación	COMPLEMENTARIA VIRTUAL
Fecha de Inscripción	09/08/2023
Nombre del	CAQUETA PROGRAMADOR

SOFIA Plus Versión 9.0.80 Powered by SENA -•- © SENA 2018 -•- Bogotá - Colombia- •-a168;

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/03/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	83	18/03/2023	CC 1101695171	RODRIGUEZ MORENO JHON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

6B99D2CD4C7D8DB4E94F1AC6E16FD984 Certificado impreso el día 3/17/2023 3:52:33 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
JHON MANUEL
RODRIGUEZ MORENO
1101695171
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 17/03/2023, el empleador DESIDERIO SEPULVEDA REY identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 13862793 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5557891	17/03/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1101695171	JHONMANUEL RODRIGUEZ MORENO	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-03-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Marzo del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ MORENO JHON MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.101.695.171** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2016 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 17 de marzo de 2023.

Cordialmente,



***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

202303171553

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 17/03/2023 04:01:42 PM
Fecha de radicación : 17/03/2023 04:01:00 PM
ITD_202303171601_1101695171

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.101.695.171	2014/08/21	SANTANDER	SOCORRO	1996/07/07

Nombres y apellidos			
JHON	MANUEL	RODRIGUEZ	MORENO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALTOS DE PINAR

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA	6834071	3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	TÉCNICO/TÉCNOLÓGICO

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/03/18	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.101.695.171

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	804000013	**Cédula Usuario:**	CC 63362809
Nombre:	CDASCON SAS				
Dirección:	CL 33 31 143 LC 8				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BUCARAMANGA	
Correo electrónico:	coascon-01@hotmail.com				
Teléfono:	6453032		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES. CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 63362809	JANETT GRACIELA MORENO RAMIREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 116	02/10/2023	CC 1095837796	LIZCANO SUAREZ LEIDY	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MO_4 RES v_01

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

33C0CB24EEC43EB9740A4F4286EF50F5

Certificado impreso el día 9/29/2023 12:04:22 PM por el portal de empresas Edesk

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011063640	02/10/2023

DATOR DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 1

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Registro de Novedades ☒ | 2.Tipo afiliacion: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ | Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Pensionado ☐ | 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

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

6.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LIZCANO	SUAREZ	LEIDY	NATHALY

7.Tipo documento de identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1090857790	Femenino ☒ Masculino ☐	21/04/1998

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Del cotizante

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo: [illegible] Condicion: [illegible]		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR EPC	1200000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 26 N 34 18 AP 202		3005756983	LEIDLIZCANO99@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BUCARAMANGA	Urbana ☒ Rural ☐		SANTANDER

V. 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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	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	Telefono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ALIANZA UMS CABECERA - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	ALIUABCABE - ALIANZACAB
II		
III		
IV		

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

36. 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)
COASCON SAS	NIT	804000013	01

39.Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 33 NO 31 143 LC 8 ED RIVERA PLAZA 31647	6320100	COASCON.01@HOTMAIL.COM	BUCARAMANGA	SANTANDER

M-PYGA-F001 V 1.0-2019

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
- ☒ 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 9. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

C. 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 ☐		02/10/2020

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

D. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 47. ☐ Declaración de la no cotización 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 información 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 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 celular como mensaje de texto

E. FIRMAS

Judy Natalia Lizcano Suarez.
1095 837 796.

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

F. 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 unión 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 unión 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 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

G. 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.

Comfenalco SANTANDER

NIT 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.

Fecha de creación: 02/10/2023 02:21:02 PM

Fecha de radicación: 02/10/2023 02:31:00 PM

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
NIT 804000013	2	COASCON SAS

Sectorial	Agencia
RR - COASCON SAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.095.837.796	20160402	SANTANDER	FLORIDABLANCA	19960401

Nombres y apellidos			
LEIDY	NATHALY	LIZCANO	SUAREZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
FEMENINO	SOLTERO(A)	CL 10AD SA 30 PISO 2	EL PORVENIR

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3005758685

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
LE**NLIZCANO55@GMAIL.COM	MEDIA ADULTOS (10° A 11°)

3. DATOS DEL CARGO Y REMUNERACIÓN

Fecha de ingreso	Cargo actual					
2023/10/02	AUXILIARES DE CONTABILIDAD Y CALCULO DE COSTOS					
¿Trabajador con otro empleador?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/Ingreso total mes	
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1.200.000		1.200.000	

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos

Sexo	Municipio y departamento de residencia	Zona de residencia	Dirección

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/Ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cuál Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE LOS HIJOS

Documento de identificación	Nombres y apellidos			Fecha de nacimiento	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Sexo (F o M)	Parentesco	Discapacidad (Sí = 1 / No = 0)	Nivel de escolaridad	Certificado de escolaridad
RC 1.238.140.870	SAMIR	HERNANDEZ	LIZCANO	20230930	BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA	M	1		12	

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(RC) Registro civil
(TI) Tarjeta de identidad
(CC) Cédula de ciudadanía
(CE) Extranjería
(NIT) Empleador
(CD) Cédula de extranjería
(PA) Pasaporte
(PE) Permiso especial de permanencia
(PT) Permiso por protección temporal
(SC) Carné diplomático

2. SEXO
(M) Masculino
(F) Femenino

3. PARENTESCO
1. Padre
2. Padrastro
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Hijo(a)
6. Hijo(a) adoptivo
7. Hijo(a) de crianza

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Básica secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Técnico (1° a 3°)
6. Tecnológico (1° a 3°)
7. Universitario (1° a 5°)
8. Maestría (1° a 3°)
9. Doctorado
10. Especialización
11. Profesional sin especializar
12. Ninguno/Maternal
13. Adultos

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)

Como empleador, declaro haber obtenido, a los titulares que aquí se citan, previo a su vinculación a esta empresa, la autorización de estos para que sus datos sean usados, recaudados, tratados y transferidos a los terceros designados en el marco de la relación laboral, de conformidad con la política de tratamiento de datos personales de esta empresa y la ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Declaro además conocer que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo sobre los datos personales, podré dirigirme a la cuenta designada en la misma política. Y que en caso de no obtener la autorización de cualquiera de los titulares, no podré hacer uso de sus datos para el cumplimiento de dicha relación, y la cual impediría dar inicio con la misma.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)

Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos consignados en este formulario son exactos, veraces y completos y no contienen ni omiten actual ni ningún dato que pueda inducir a error en la información registrada en los archivos de Comfenalco Santander.

Sobre la empleadora:
Autorizo a los trabajadores a registrar sus datos en el sistema de información de la empresa.

COASCON SAS
Nombre del representante legal o empleador

Número de identificación del empleador: 804000013

LEIDY NATHALY LIZCANO SUAREZ
Nombre del trabajador

Número de identificación del trabajador: 1.095.837.796

porvenir
sólo hay uno

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT [illegible]

CERTIFICA QUE:

LEIDY NATHALY LIZCANO SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.837.796**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LEONARDO CACERES GUERRERO** con **CC** No. **1064837365**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 22/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019422958.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Fundación SaludMía EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	2 5 0 9 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual - Cotizante o Cabeza e Familia [X] B. Colectiva C. Institucional - Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] D. De Oficio	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código a Registrar por la EPS
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (DEL COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y Nombres			
CACERES	GUERRERO	LEONARDO	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7.Tipo de Documento de Identidad	8. Número de Documento de Identidad	9. Sexo	10.Fecha de Nacimiento
CC	1.064.837.365	Femenino [ ] Masculino [X]	2 9 0 5 1 9 8 8

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de Población Especial
	T [F N M] Condición [T P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de pensiones.	17. Ingreso Base de Cotización IBC
POSITIVA	COLFONDOS	$1.160.000

18. Dirección			
CRA 11 # 4-08		3022555182	CACERESGUERREROLEONARDO@GMAIL.COM
Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electronico
BGA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	MILGAROS DE DIOS	STDER
Municipio / Distrito		Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

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

20.Tipo de Documento de Identidad	21. Número de 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 de Documento de Identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de Nacimiento

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad F	31. Discapacidad N	31. Discapacidad Tipo	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	IMAP BUCARAMANGA	
B		
B		
B		

35. Nombre o Razón Social		37. Numero de documento de identificacion	38. Tipo de aportante o pagador Pensiones (A registrar por la EPS)
DESIDERIO SEPULVEDA	CC	13.862.793	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedades

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

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	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
		Femenino Masculino		2 2 0 9 2 0 2 3

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		CAJASAN

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiario y afiliados adicionales.
	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
	48. Declaración de la 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.
X	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias 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 por sus funciones la requieren.
X	52. Autorización para que la EPS maneje los datos del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo provisto 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 un mensaje 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

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, aca 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. Certificado de vinculación a una entidad 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.

Fundación SaludMia eps

Nombre LEIDY QUINTERO

CC 1098653063

Radicado para estudio EPS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

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	71. Firma del Funcionario

LEIQUI01

RADICADO: LEIDY QUINTERO

25/09/2023

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) LEONARDO CACERES GUERRERO identificado(a) con documento de identidad CC 1.064.837.365 se encuentra afiliado (a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS NIT 800.227.940-6

Se expide la siguiente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de Septiembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctenos, o comuníquese con nuestro contact center a través de las siguientes líneas Bogotá 7481888, Barranquilla 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y el resto del país 6042888, en donde hay personas dispuestas a atender todas sus inquietudes.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 21/09/2023 08:46:50 PM
Fecha de radicación : 22/09/2023 08:00:00 AM
ITD_202309220800_1064837365

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
C 13862793	8 D.V	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.064.837.365	2006/06/21	CESAR	RIO DE ORO	1988/05/29

Nombres y apellidos			
LEONARDO		CACERES	GUERRERO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	MANZ C CASA 1 PISO 2	MILAGRO DE DIOS

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3142669811

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/09/22	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

LEONARDO CACERES GUERRERO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.064.837.365

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ELIXANDER DIAZ RAMIREZ** con **CC** No. **1115741865**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 02/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102132591.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	117	02/11/2023	CC 1115741865	DIAZ RAMIREZ ELIXANDER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

4001DFE20FAD2284F5EB7F910160C808 Certificado impreso el día 11/1/2023 7:36:54 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
ELIXANDER
DIAZ RAMIREZ
1115741865
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIXANDER DIAZ RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.741.865**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/11/2023, el empleador DESIDERIO SEPULVEDA REY identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 13862793 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6355777	02/11/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115741865	ELIXANDER DIAZ RAMIREZ	1160000	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2023-11-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Noviembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 01/11/2023 07:41:59 PM
Fecha de radicación : 02/11/2023 08:00:00 AM
ITD_202311020800_1115741865

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.115.741.865	2015/08/31	ARAUCA	SARAVENA	1997/07/03

Nombres y apellidos			
ELIXANDER		DIAZ	RAMIREZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	MANZ 4 CASA 5 A	SURATOQUE

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
FLORIDABLANCA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/11/02	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

ELIXANDER DIAZ RAMIREZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.115.741.865

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/03/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	84	18/03/2023	CC 91289948	JAIMES GUTIERREZ CARLOS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

6B99D2CD4C7D8DB4E94F1AC6E16FD984 Certificado impreso el día 3/17/2023 3:55:11 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
CARLOS HUMBERTO
JAIMES GUTIERREZ
91289948
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 17/03/2023, el empleador DESIDERIO SEPULVEDA REY identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 13862793 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5557887	17/03/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	91289948	CARLOSHUMBERTO JAIMES GUTIERREZ	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-03-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Marzo del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS HUMBERTO JAIMES GUTIERREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91289948,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de marzo de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	85	11/04/2023	CC 1045228124	CARLOS ANDRES MANCILLA	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

1D7FAC5807A7EFD35E7D30F8DD39863A Certificado impreso el día 4/10/2023 6:55:54 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
MANCILLA CORONADO
CARLOS ANDRES
1045228124
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

COOSALUD

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 13/04/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	33626877
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2023-04-11
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	1045228124
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	138627938
• **FONDO DE PENSIÓN:**	COLFONDOS
• **IBC:**	$1.160.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 13 días del mes de Abril de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Transacción: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ☐ B. Beneficiario ☐ C. Adicional ☐ D. Pensionado ☐ — Cotizante o Cabeza de Familia ☐ — Beneficiario o Afiliado Adicional ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de Afiliado: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

5. Tipo de Vinculación: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Ciudad (a diligenciar por la EPS)

II. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Mancilla	Coronado	Carlos	Andres
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de identificación de la persona	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☑	10. Fecha de nacimiento
CC	1045228124		15 09 2003

11. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Duración	13. Puntaje SISBEN	14. Grados de pública en especial

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Positiva	Colfondos	$1'160.000

18. Residencia				
Cra 14 #63-20	Teléfono Fijo	3136558618	Correo electrónico	
Bucaramanga	Zona: Urbana ☑ Rural ☐	Los Laureles	Santander	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de identificación	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de identificación	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Orden	31. Discapacidad: Tipo			Duración	
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio de Residencia	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo con Código	33. Tipo de Afiliado Adicional (a diligenciar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS de Prestación (CPS)
1	
2	
3	
4	

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 de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de Aportante a diligenciar por la EPS
Desiderio Serrueda Rey	NIT	13.862793	

39. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio de ubicación	Sede
Calle 12 A #1-25	6834071		Bucaramanga	Sider

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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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 Tránsito 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 (D D M M A A A A)
				11/04/2023

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

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 intervención 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 vigente 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 o de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular otros mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o del Cabildo
Carlos Andres Arboleda	Desdeno Epuvedar

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Fotocopia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [ ] Folio [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de invalidez con fecha de estructuración
- [ ] 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 la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del cuerpo
- [ ] 61. Copia de la orden judicial y del acta de entrega de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la petición de la(s) persona(s) y el certificado de defunción los padres o la declaración emitida 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 la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acta administrativa o providencia que fije como fecha definitiva en la que cesa la calidad de beneficiario o en caso de 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 cabildo: Número de folio	Folios	Tomo	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	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: cargo: Auxiliar de construcción.

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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) CARLOS ANDRES MANCILLA CORONADO identificado(a) con documento de identidad CC 1.045.228.124 se encuentra afiliado (a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS NIT 800.227.940-6

Se expide la siguiente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de Abril del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctenos, o comuníquese con nuestro contact center a través de las siguientes líneas Bogotá 7481888, Barranquilla 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y el resto del país 6042888, en donde hay personas dispuestas a atender todas sus inquietudes.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 13/04/2023 04:45:31 PM
Fecha de radicación : 13/04/2023 04:45:00 PM
ITD_202304131645_1045228124

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
NIT 901546071	5 D.V	AGRO SOLUCIONES ZOMAC SAS

Sucursal	Agencia
PRI - AGRO SOLUCIONES ZOMAC SAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.045.228.124	2021/08/18	ATLANTICO	LURUACO	2003/07/15

Nombres y apellidos			
CARLOS	ANDRES	MANCILLA	CORONADO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 14 63 20	LAURELES

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3136558618

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/04/11	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

AGRO SOLUCIONES ZOMAC SAS
Firma del empleador
Número documento empleador 901546071

CARLOS ANDRES MANCILLA CORONADO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.045.228.124

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): ELIBARDO ROJAS SANCHEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1098286652, de la empresa DESIDERIO SEPULVEDA REY está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 17/05/2022 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201015229865.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de mayo de 2022

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 16/05/2022 02:38:24 p. m.
ISCDC: 16/05/2022 02:38:24 p. m.

O.P. 280235 04/16

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✔] B. 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 [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

CÓDIGO: C1975

FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 16 MES 05 AÑO 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: ROJAS | SEGUNDO APELLIDO: SANCHEZ | PRIMER NOMBRE: ELIBARDO | SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1098286652

9. SEXO: F [ ] M [✔]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código

12. DISCAPACIDAD: Tipo: F [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Positiva

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1.000.000

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: calle 4#18-02

ZONA: U. [✔] R. [ ]

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO: Bucaramanga

DEPARTAMENTO: Santander

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL: 3185521420

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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]

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 (CN RC TI CC CE PA SC)	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo (F. N. M.)	31. DISCAPACIDAD Condición (T. P.)
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 (R. U.)	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN (I. II.)	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 O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Desiderio Rey Sepulveda

36. Tipo documento de identidad: C.C. [✔] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ]

37. Número documento de identidad: 13862793

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 17 MES 05 AÑO 2022

CARGO: Auxilar de Construccion

SALARIO: $ 1.000.000

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. 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 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 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: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]

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. MOTIVO DE TRASLADO Código

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 mi. [ ]
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 de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del 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 [ ]

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: DÍA | MES | AÑO

69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

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:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAYMAN EDITORES FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 432 2110

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.

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____
número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ☐ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ☐ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ☐ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☐ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ''Hábeas Data''; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación							Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		NIT	C.C.	C.E.	P.A.	T.I.	C.D.			

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	
					CIUDAD Y FECHA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIBARDO ROJAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.286.652**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Mayo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de solicitud: 16/05/2022 02:41:28 PM
Fecha de radicación : 16/05/2022 02:41:00 PM
ITD_202205161441_1098286652

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.098.286.652	2014/01/07	SANTANDER	MATANZA	1995/10/28

Nombres y apellidos			
ELIBARDO		ROJAS	SANCHEZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 11 8 9	CENTRO

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3108887586

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2022/05/17	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,000,000		1,000,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
No. Documento. Empleador 13862793

ELIBARDO ROJAS SANCHEZ
Firma del trabajador
No. Documento Trabajador 1.098.286.652

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JOSE ALIRIO BARAJAS PRADA** con **CC** No. **13536385**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 08/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021134305.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	120	08/11/2023	CC 13536385	BARAJAS PRADA JOSE	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F5DEEC02EE6040F9A79E375366B181D8 Certificado impreso el día 11/7/2023 10:09:10 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
JOSE ALIRIO
BARAJAS PRADA
13536385
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/11/2023, el empleador DESIDERIO SEPULVEDA REY identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 13862793 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6376323	08/11/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	13536385	JOSEALIRIO BARAJAS PRADA	1160000	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2023-11-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Noviembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ALIRIO BARAJAS PRADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.536.385**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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.

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 07/11/2023 10:18:22 PM
Fecha de radicación : 08/11/2023 08:00:00 AM
ITD_202311080800_13536385

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 13.536.385	1992/03/22	SANTANDER	LEBRIJA	1973/11/28

Nombres y apellidos			
JOSE	ALIRIO	BARAJAS	PRADA

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 28 59 07	MANZANARES

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/11/08	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

JOSE ALIRIO BARAJAS PRADA
Firma del trabajador
Número documento trabajador 13.536.385

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 02/06/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	34	03/06/2022	PT 5330270	ROJAS JUNIOR	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

850653CB6FB2BA302AE2BC8F92F86DFB

Certificado impreso el día 6/2/2022 5:03:03 PM por el portal de empresas Edesk





JUNIOR MANUEL
ROJAS
5330270

DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 19/11/2023 08:07:43 PM
Fecha de radicación : 20/11/2023 08:00:00 AM
ITD_202311200800_91160490

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 91.160.490	2001/01/11	SANTANDER	FLORIDABLANCA	1981/04/02

Nombres y apellidos			
JHON	FREDY	ORDUZ	ANAYA

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/11/20	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000	0	1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

JHON FREDY ORDUZ ANAYA
Firma del trabajador
Número documento trabajador 91.160.490

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JHON FREDY ORDUZ ANAYA** con **CC** No. **91160490**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 20/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021344853.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	124	20/11/2023	CC 91160490	ORDUZ ANAYA JHON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

190D83C5A5A39E4A0AE98270DA20AA33 Certificado impreso el día 11/19/2023 7:55:26 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
JHON FREDY
ORDUZ ANAYA
91160490
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON FREDY ORDUZ ANAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.160.490**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENO** con **CC** No. **1101695171**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 18/03/2023 **Estado Afiliación:** INACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** 21/10/2023

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102239075.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	130	04/12/2023	CC 1101695171	RODRIGUEZ MORENO JHON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F14E7D0786CDCD22C91B18EA370DC7D0 Certificado impreso el día 12/3/2023 8:20:12 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
JHON MANUEL
RODRIGUEZ MORENO
1101695171
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 03/12/2023 08:47:42 PM
Fecha de radicación : 04/12/2023 08:00:00 AM
ITD_202312040800_1101695171

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.101.695.171	2014/08/21	SANTANDER	SOCORRO	1996/07/07

Nombres y apellidos			
JHON	MANUEL	RODRIGUEZ	MORENO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 41 9 85	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/12/04	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.101.695.171

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ MORENO JHON MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.101.695.171** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2016 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 03 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2023120320244

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JOSE FABIAN QUICENO BUSTOS** con **CC** No. **1050542187**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 04/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102239293.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	131	04/12/2023	CC 1050542187	QUICENO BUSTOS JOSE	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F14E7D0786CDCD22C91B18EA370DC7D0 Certificado impreso el día 12/3/2023 8:45:18 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

JOSE FABIAN
QUICENO BUSTOS
1050542187
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación	Fecha de Radicación

A. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y nombres			
Quinceno	Bustos	Jose	Fabian
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1050542187	Femenino ☐ Masculino ☑	20/11/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos generales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Pertenece SISBEN	14. Fondo de población especial
	Tipo: 4 | 6 | M — Condición: 1 | P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Fondo de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	1'160.000

18. Residencia			
Calle 3 # 11-98	Teléfono fijo	3022555182	Teléfono celular
Bucaramanga	Urbana ☑ Rural ☐	Centro	Santander
Ciudad		Barrio	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Orden	31. Discapacidad: Tipo			Condición	
			I	M	M	F	P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Lugar de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Establecimiento educativo	33. Valor de la UPC por afiliado asumido (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código asignado a la IPS en el registro por la EPS
1.	
2.	
3.	
4.	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante (a registrar por la EPS)
Desiderio Sepulveda Rey	NIT	13862793	

39. Dirección				
Calle 12A # 1-25	6834091	Correo electrónico	Pta	Sider
Ciudad			Departamento	

Powered by CamScanner

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 la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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 de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

42. 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)	4.1 Fecha: 04/12/2023

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

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 inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga 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 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular vía mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de afiliación colectiva, institucional o de Oficio
José Fabian Quintero	Desiderio Sepulveda.

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: Cantidad CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o del acta de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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 juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Dirección Municipal de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o ejecutoria de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiarios 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 área Censada	67. Sisbén del SISBEN: Número de 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	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: cargo: Aux. construccion

Advierte 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

Powered by CamScanner

COOSALUD

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 05/12/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	42397149
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Adición de relación laboral
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2023-12-04
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	1050542187
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	138627938
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PORVENIR
• **IBC:**	$1.160.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 5 días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE FABIAN QUICENO BUSTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.050.542.187**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 05/12/2023 05:24:36 PM
Fecha de radicación : 05/12/2023 05:24:00 PM
ITD_202312051724_1050542187

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.050.542.187	2004/02/03	BOLIVAR	SAN PABLO	1986/01/20

Nombres y apellidos			
JOSE	FABIAN	QUICENO	BUSTOS

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 8 41 15	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/12/04	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

JOSE FABIAN QUICENO BUSTOS
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.050.542.187

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 (DÍA)	12 (MES)	2023 (AÑO)	BUCARAMANGA (Ciudad)	Examen de Ingreso

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa	Ciudad de Trabajo
COASCON S.A.S.	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación (Tipo)	(Número)
PONCES	SILVA	LISBETH	VALENTINA	18 Años	CC	1095910136

Cargo	Sección
AUXILIAR DE COMPRAS	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuáles son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE RECOMIENDA ENFASIS HIGIENE POSTURAL; REALIZAR PAUSAS ACTIVAS; PREGUNTADO SINTOMATOLOGIA DE ORIGEN RESPIRATORIO O SISTÉMICO: INFORMA SIN SINTOMAS.

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 02/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	804000013	**Cédula Usuario:**	CC 63362809
Nombre:	COASCON SAS				
Dirección:	CL 33 31 143 LC 5				
Departamento:	SANTANDER	**Municipio:**	BUCARAMANGA		
Correo electrónico:	coascon-01@hotmail.com				
Teléfono:	6453032	**Tarifa:**	6.960		
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 63362809	JANETT GRACIELA MORENO RAMIREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 125	04/12/2023	CC 1095910136	PONCE SILVA LISBETH	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

E5DF86E0873CD3F62F7015B26A94693B

Certificado impreso el día 12/2/2023 8:57:09 AM por el portal de empresas Edesk

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. de Radicación	Fecha de Radicación

A. AFILIACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Ponce	Silva	Lisbeth	Valentina

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1095 910 136	Femenino X	27 04 2005

Ocupación	Régimen de afiliación	Nivel o categoría del SISBEN
Positiva	Contributivo	1.160.000

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 116 # 22-11 Giron		3025420406	ponceonlestina 27042005@outlook

Municipio de residencia	Zona	Área	Departamento
Giron	Urbana X Rural		Santander

B. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento

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

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
01					
02					
03					
04					
05					

	Parentesco	Zona	Ocupación			Condición	
			1	2	3	1	2
01							
02							
03							
04							
05							

	Nivel SISBEN/IVLE	Zona		Discapacidad	Teléfono Fijo o de Contacto	Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
01						
02						
03						
04						
05						

	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS de origen (por la EPS)
1		
2		
3		
4		

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

Nombre o razón social	Tipo de documento de identificación	Número del documento de identificación	Código de actividad económica (a registrar por la EPS)
Coascon SAS.	NIT	804.000.013-2.	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
calle 33 # 31-N3 Lc. 5	6413032	coascon-contabilidad@	Bucaramanga	Santander

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LISBETH VALENTINA PONCE SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.910.136,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 04 de diciembre del 2023

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LUIS ALBERTO CORTES GOMEZ** con **CC** No. **18188288**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 04/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102239085.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALBERTO CORTES GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.188.288**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

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.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	129	04/12/2023	CC 18188288	CORTES GOMEZ LUIS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F14E7D0786CDCD22C91B18EA370DC7D0 Certificado impreso el día 12/3/2023 8:18:56 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
LUIS ALBERTO
CORTES GOMEZ
18188288
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 03/12/2023 08:41:21 PM
Fecha de radicación : 04/12/2023 08:00:00 AM
ITD_202312040800_18188288

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 18.188.288	1998/10/05	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	1974/01/28

Nombres y apellidos			
LUIS	ALBERTO	CORTES	GOMEZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 41 5 25	ALFONSO LOPEZ

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3022555182

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/12/04	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

LUIS ALBERTO CORTES GOMEZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 18.188.288

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/12/2023, el empleador DESIDERIO SEPULVEDA REY identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 13862793 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6463007	04/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18188288	LUISALBERTO CORTES GOMEZ	1160000	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2023-12-04

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 20 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GRUPO J8 SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065601639	NAVARRO JIMENEZ VIRGENID	21/04/2023		35164M13	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/04/2023 11:59:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.225.192, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	08 06 2023

1. DATOS DEL TRABAJADOR

2. Tipo de Afiliado	3. Subtipo	4. Extranjero no obligado a cotizar a pensiones	5. Colombiano en el exterior
A. Dependiente [X]			

6. Ingreso	A. Del Sector [X]
	B. Salario Integral

7. Tipo de cotizante	8. Tipo de cotización	9. Exonerado de pago de aportes parafiscales y salud
A. Obligatorio [X]	A. Pagada por [X]	

10. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (los documentos deben estar vigentes)

11. Apellidos y nombres			
NAVARRO	JIMENEZ	VIRGENIO	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

12. Tipo de documento de identidad	13. Número de identificación	14. Sexo	15. Fecha de nacimiento
CC	1.065.601.683	Femenino [ ] Masculino [X]	17 01 1995

16. DATOS DE UBICACIÓN Y PAGO

17. País	18. Departamento	19. Municipio	20. Zona de residencia
	Tipo [ ] Código [ ]		

21. Salario Integral (Aplica para IBC)	22. Administradora de Pensiones	23. Fondo de Cesantías (Aplica para IBC)
SURA	COLPENSIONES	$1.160.000

24. Dirección			
CARRERA 22A No. 14A - 34, 2 P 60		3046179961	
Dirección	Complemento	Teléfono de contacto	Correo electrónico
GIRON	SANTANDER	POBLADO	SANTANDER
Ciudad	Departamento	Zona	País

25. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (Cuando sea requerido)
Diligenciar solamente para el otorgamiento de prestaciones económicas

26. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

27. Tipo de documento de identificación	28. Número de documento de identidad	29. Sexo	30. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

Datos de ubicación del beneficiario en Colombia o del afiliado adicional

31. Afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
32				
33				
34				
35				

	33. Tipo de documento de identificación	34. Número de documento de identidad	Parentesco		36. Fecha de nacimiento
			Código	Nombre	
32					
33					
34					
35					

Información complementaria

	37. Parentesco	38. Sexo	39. Nacionalidad		40. Fecha de nacimiento
			Tipo	Código	
32					
33					
34					
35					

41. Datos de la novedad

	Número de Radicado	Código	Tipo	Diligenciamiento	Fecha de inicio de la novedad (AAAA-MM-DD)
31					
32					
33					
34					
35					

42. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

	Código habilitación IPS
1	
2	
3	
4	

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

43. Razón social o empresa	44. Tipo de documento de identificación	45. Número de documento de identificación	46. Dígito de verificación
GRUPO J8 S.A.S.	NIT	900.260.469-7	

47. Dirección	48. Teléfono	49. Correo electrónico	50. Ciudad	51. Departamento
CRA 14 No. 35 - 26 OF 201	6420623	secretaria@grupo8.com	BUCARAMANGA	SANTANDER

3. REPORTE DE NOVEDADES

37. Tipo de novedad

___ 1. Modificación de datos básicos de identificación
___ 2. Corrección de datos básicos de identificación
___ 3. Actualización de documento de identidad
___ 4. Cambio de documento de identidad complementario
___ 5. Traslado de cotizante activo a otra EPS
Código ____
___ 6. Reingreso a la EPS
___ 7. Inclusión de beneficiario(s) adicional(es)
___ 8. Traslado de beneficiario(s) de otra EPS
___ 9. Actualización de datos de ubicación y de condiciones de contacto
___ 10. Terminación por fallecimiento (usted o alguno de los beneficiarios de su grupo familiar)
___ 11. Terminación por pérdida de la condición de beneficiario
___ 12. Traslado por otra causal de otra EPS a la nuestra
___ 13. Desafiliación por traslado a otra entidad administradora del régimen de salud
___ 14. Movilidad: ___ a. Régimen contributivo
___ b. Régimen Subsidiado
___ c. Mismo Régimen
___ d. Diferente Régimen
___ 15. Reporte de fallecimiento
___ 16. Reporte por Terminación de protección al cesante.
___ 17. Reporte de cambio de Persona a cargo.
___ 18. Reporte de actualización de pensionado.

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

38. Tipo de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	43. Fecha de expedición
		Femenino ___ Masculino ___		

44. País de origen	44. País de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar a la cual pertenece

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

___ 46. Declaración de veracidad y manifestación de no encontrarse en ninguna de las causales de inhabilidad
___ 47. Autorización de descuento de aportes al sistema a Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
___ 48. Declaración de aportes a otros regímenes de seguridad social para efectos de evitar doble afiliación y doble cotización
___ 49. Declaración de no encontrarse en ninguna causal de retiro, terminación o suspensión de afiliación como cotizante o beneficiario
___ 50. Autorización para que la EPS solicite información sobre el estado de afiliación a otros regímenes de seguridad social
___ 51. Autorización para que la EPS realice la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a partir de datos de chip(s) vigentes a los cuales se les asocie un(os) número(s) de celular(es).
___ 52. Autorización para que la EPS suministre información sobre el estado de afiliación a la(s) persona(s) que usted haya autorizado para tal efecto, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
___ 53. Autorización para que la EPS envíe información sobre el servicio solicitado a través de mensajes de texto

VII. FIRMAS

54. El Usuario: Yeseni Alvarado J. | Carlos Fernando Jaimes
Servidor empleado, apoderado o entidad responsable de diligenciamiento (Nombre y cargo de Otro)

X. ANEXOS

X 55. Relación de documentos adjuntos: CN ___ RC ___ TI ___ CC X PA ___ CE ___ CD ___ SC ___
Cantidad: ___ ___ ___ 1 ___ ___ ___ ___ ___ Total 1

___ 56. Copia del documento de identidad del cotizante en mayor de edad o del responsable
___ 57. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía del menor
___ 58. Copia de la sentencia o fallo ejecutoriado, o del acta de conciliación judicial, o del acta de conciliación ante el defensor de familia y/o comisario de familia o inspector de policía, o del documento suscrito ante notario
___ 59. Copia del documento que acredite la calidad de padre o madre
___ 60. Copia del documento de adopción o acta de entrega del menor
___ 61. Copia de la tarjeta, pase o carné que acredite su condición
___ 62. Documento que acredite la calidad de cabeza de familia o de hogar unipersonal, expedido por autoridad competente
___ 63. Copia del documento que acredite la calidad de pensionado
___ 64. Certificado de existencia y representación legal o documento equivalente
___ 65. Copia del documento que acredite la calidad de representante legal

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Nombre de la Entidad Territorial que recibe el documento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de aplicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que recibe la novedad

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	72. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: OPERADORA DE MAQUINARIA AMARILLA

Recuerde que en el formulario electrónico hasta la versión de ... Información importante y de las observaciones contenidas en el instructivo del formulario.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VIRGENID NAVARRO JIMENEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1065601639,** se encuentra afiliado/a desde **10/09/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de marzo de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 08/05/2023 04:24:34 PM
Fecha de radicación : 08/05/2023 04:24:00 PM
ITD_202305081624_1065601639

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
NIT 900266469	7 (D.V)	GRUPO J8 S.A.S

Sucursal	Agencia
PRI - GRUPO J8 S.A.S	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.065.601.639	2007/01/24	CESAR	VALLEDUPAR	1989/01/17

Nombres y apellidos			
VIRGENID		NAVARRO	JIMENEZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
FEMENINO	SOLTERO(A)	CR 22A 14A 35 PISO 2	EL POBLADO

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
GIRON	SANTANDER	URBANA		3046179961

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
VIRGENIDNAVARROJIMENEZ@GMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/04/21	OPERADORES DE MÁQUINAS DE MOVIMIENTO DE TIERRAS, CONSTRUCCIÓN DE VÍAS Y AFINES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

GRUPO J8 S.A.S
Firma del empleador
Número documento empleador 900266469

VIRGENID NAVARRO JIMENEZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.065.601.639

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **WILLIAM HERNEY QUIROGA MARIN** con **CC** No. **5772294**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 13862793 - DESIDERIO SEPULVEDA REY	**Fecha de última cobertura:** 16/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021279921.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 15/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	123	16/11/2023	CC 5772294	QUIROGA MARIN WILLIAM	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

B0ECB48142BB3EFC18A0240E9A790F49 Certificado impreso el día 11/15/2023 5:52:22 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
WILLIAM HERNEY
QUIROGA MARIN
5772294
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011269057	1|6|1|1|2|0|2|3

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.** Colectiva ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
QUIROGA Primer apellido	MARIN Segundo apellido	WILLIAM Primer nombre	HERNEY Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	5772294	Femenino ☐ Masculino ☒	2|1|1|1|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo	Condicion		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL 65 6 69 **Dirección**	**Telefono fijo**	3124070734 **Telefono celular**	WILLIAMHERNEY@GMAIL.COM **Correo electronico**
BUCARAMANGA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	SANTANDER **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		CNTRO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD-CISS - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	CENTROCISS - ALIANZACAB
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)
DESIDERIO SEPULVEDA REY	CC	13862793	01

39.Ubicación

CR 8 42 18 PI 1 BRR LAFONSO LOPEZ Dirección	6474544 Teleéfono	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM Correo electrónico	PIEDECUESTA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011269057

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|6|1|1|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial 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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLIAM HERNEY QUIROGA MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.772.294**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 15/11/2023 06:07:35 PM
Fecha de radicación : 16/11/2023 08:00:00 AM
ITD_202311160800_5772294

Canal de recepción
PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 13862793	8	SEPULVEDA REY DESIDERIO

Sucursal	Agencia
PRI - SEPULVEDA REY DESIDERIO	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 5.772.294	2002/04/19	VALLE	BUENAVENTURA	1983/11/21

Nombres y apellidos			
WILLIAM	HERNEY	QUIROGA	MARIN

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 68 6 69	BUCARAMANGA

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3124070734

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM	MEDÍA ADULTOS (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/11/16	ALBAÑILES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000		1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SEPULVEDA REY DESIDERIO
Firma del empleador
Número documento empleador 13862793

WILLIAM HERNEY QUIROGA MARIN
Firma del trabajador
Número documento trabajador 5.772.294

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDILBERTO RODRIGUEZ RINCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91299485,** se encuentra afiliado/a desde **11/05/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de diciembre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **EDILBERTO RODRIGUEZ RINCON** identificado con **CC** No. **91299485**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
DESIDERIO SEPULVEDA REY - N. 13862793	**Fecha de afiliación:** 21/12/2023 **Fecha de inicio de cobertura :** 21/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** ALBAÑIL MAMPOSTERO CONSTRUCCION

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301022375531.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 20/12/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	13862793	**Cédula Usuario:**	CC 13862793
Nombre:	DESIDERIO SEPULVEDA REY				
Dirección:	CL 12 A 1 25 MZ F				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	PIEDECUESTA	
Correo electrónico:	YEIMYPAOLASM@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3208489180		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13862793	DESIDERIO SEPULVEDA REY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	134	21/12/2023	CC 91299485	RODRIGUEZ RINCON EDILBERTO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MR-4-1-1-0015 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

870F19C76F74941844C448A10B4CB915 Certificado impreso el día 12/20/2023 7:03:13 PM por el portal de empresas Edesk


POSITIVA
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.
www.positiva.gov.co
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS
POSITIVA
EDILBERTO
RODRIGUEZ RINCON
91299485
DESIDERIO SEPULVEDA REY
13862793

Nombre Contratista	COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	**Supervisor del Contrato**	RAUL CARRILLO
Responsable SST	BIBIANA MORENO RAMIREZ	**Fecha de actualizacion**	11/09

Informacion Trabajadores				Estado			Seguridad Social		
CC	**Nombre del Trabajador**	**Cargo**	**Area**	**Activo**	**Fecha ingreso**	**Fecha retiro (cuando aplique)**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
13821639	AUGUSTO JOSE GARCIA REY	DIRECTOR TÉCNICO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	COLPENSIONES	POSITIVA
91486078	OSCAR JAVIER GUARIN CASTILLANOS	PROF. DE COSTOS, PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
63362809	JANETT MORENO RAMIREZ	REPRESENTANTE LEGAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA
63484028	BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF. SST -HSEQ	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1097890284	OMAR ALONSO CASTAÑEDA BENAVIDEZ	ARQUITECTO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
91517850	WILMER EYEZID JAIMES ABRIL	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	PORVENIR	POSITIVA
52451104	CONSUELO ANDREA DUQUE PACHECO	PROF. SOCIAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
37559609	DOLY JOHANNA JIMENEZ VARGAS	RESIDENTE SISO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1098741012	ANDRES DAVID ANGARITA	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	COLSANITAS	PORVENIR	POSITIVA
1100948704	GUILLERMO BELTRAN	INGENIERO AMBIENTAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/8/2023	NO	SANITAS	PORVENIR	SURA
1095907238	VICTOR CONTRERAS	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	SALUD TOTAL		AXA COLPATRIA
91428022	REINALDO JIMENEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA
13841283	GUSTAVO MENDEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	AXA COLPATRIA
91264094	JOSE VIDAL GALVIS	AUXILIAR DE OBRA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA
13828523	JEREMIAS RODRIGUEZ	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
91279026	ELIAS GONZALEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	NO	23/8/2023	30/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91202336	JORGE ARDILA	TOPOGRAFO	OPERATIVO	SI	31/08/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
13862793	DESIDERIO SEPULVEDA	MAESTRO	OPERATIVO	SI	5/9/2023	NO	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA
1098775092	JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	7/10/2023	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
4207216	DANIEL ALFONSO ARAQUE	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
7144780	MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1095911395	JEFERZON ANDRES LÓPEZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITVA
1063619204	CARLOS IVAN RAMOS	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	04/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

91349112	CESAR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	6/9/2023	21/11/2023	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
91348558	VICTOR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	6/9/2023	21/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1102381340	ELMER OLIVAREZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	04/11/2023	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1095837796	LEIDY NATHALY LIZCANO	AUXILIAR ALMACEN	ADMINISTRATIVA	NO	2/10/2023	02/12/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1064837365	LEONARDO CACERES GUERRERO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/10/2023	NO	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENOI	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/10/2023	21/10/2023	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
79119191	MAURICIO GUTIERREZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	25/10/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
1045228124	CARLOS EDUARDO MANCILLA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	1/11/2023	09/12/2023	COOSALUD	COLFONDOS	POSITIVA
1007127865	LUIS EDUARDO GARCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	1/11/2023	NO	COOSALUD	COLFONDOS	POSITVA
1115741865	ELIXANDER DIAZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	2/11/2023	04/11/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
1098286652	ELIBARDO ROJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	07/11/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
5330270 PT	JUNIOR MANUEL ROJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	07/11/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
91289948	CARLOS HUMBERTO JAIMES	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	07/11/2023	30/11/2023	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
13536385	JOSE ALIRIO BARAJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	08/11/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
13748023	MAURICIO PEÑA MUÑOZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	9/11/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
5772294	WILLIAM QUIROGA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	17/1/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
13718215	MARLON HERRERA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	20/11/2023	NO	SALUDF TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91160490	JHON FREDY ORDUZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	20/11/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITVA
1065601639	VIRGENID NAVARRO JIMENEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	28/11/2023	NO	COOSALUD	COLPENSIONES	SURA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
18188288	LUIS ALBERTO CORTES	OFICIAL	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
1066513197	DEIVIS MANUEL MENDIZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91498907	ALONSO DUARTE VELANDIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1050542187	JOSE FABIAN QUICENO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
1051637117	ALFREDO RAMIREZ BUSTOS	OFICIAL	OPERATIVO	SI	05/12/2023	NO		PORVENIR	POSITIVA
1095910136	LISBETH VALENTINA PONCE	AUXILIAR ALMACEN	OPERATIVO	SI	05/12/2023	NO	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
						NO			
						NO			

						NO			
						NO			

	Código Versión 01 Fecha 05/03/2020

	Fecha inicio contrato	**16 DE AGOSTO DE 2023**	**Objeto del contrato**	**CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**
/2023	**Fecha estimada fin contrato**	**15 DE DICIEMBRE DE 2023**		

Informacion para iniciar actividades				**Trabajo alturas**				**Observaciones/Restricciones**	
Fecha Concepto aptitud medico laboral	**Fecha Inducción SST**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de EPP**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de dotación**	**Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas**	**Nivel del certificado**	**Fecha certificado**	**Entidad que emite el certificado**		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
20/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		-	-	-		
14/12/2022	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	-	-	-	-		
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
15/7/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		REENTRENAMIENTO	16/07/2023	INGESIN S.AS.	COORDINADOR ALTURAS 29/07/2023	
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
19/12/2022	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	146/08/2023	16/8/2023	16/8/2023						
22/08/2023	23/08/2023	23/08/2023	23/08/2023						
	1/4/2023	1/4/2023	1/4/2023						
	31/8/2023	31/8/2023	31/8/2023						
03/04/2023	6/9/2023	06/09/2023	6/9/2023						
13/09/2023	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
18/08/2023	22/8/2023	22/8/2023	22/8/2023						
19/8/2023	23/8/2023	23/8/2023	23/8/2023						
04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						

04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
28/09/2023	2/10/2023	2/10/2023	2/10/2023						
21/09/2023	04/10/2023	04/10/2023	04/10/2023						
21/03/2023	4/10/2023	4/10/2023	4/10/2023						
24/10/2023	25/10/2023	25/10/2023	25/10/2023						/
04/04/2023	1/11/2023	1/11/2023	1/11/2023						/
23/02/2023	1/11/2023	1/11/2023	1/11/2023						
01/11/2023	2/11/2023	2/11/2023	2/11/2023						
	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
21/3/2023	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
7/11/2023	8/11/2023	8/11/2023	8/11/2023						
08/11/2023	9/11/2023	9/11/2023	9/11/2023						
14/11/2023	17/11/2023	17/11/2023	17/11/2023						
18/11//2023	20/11/2023	20/11/2023	20/11/2023						
18/11/2023	20/11/2023	**20/11/2023**	**20/11/2023**						
	28/11/2023	28/11/2023	28/11/2023						
21/3/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/12/2023	04/12/2023	04/12/2023	04/12/2023						
06/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/11/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/11/2023	05/12/2023	05/12/2023	05/12/2023						
04/12/2023	05/12/2023	05/12/2023	05/12/2023						

Nombre Contratista	COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	**Supervisor del Contrato**	RAUL CARRILLO
Responsable SST	BIBIANA MORENO RAMIREZ	**Fecha de actualizacion**	11/09

Informacion Trabajadores				Estado			Seguridad Social		
CC	**Nombre del Trabajador**	**Cargo**	**Area**	**Activo**	**Fecha ingreso**	**Fecha retiro (cuando aplique)**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
13821639	AUGUSTO JOSE GARCIA REY	DIRECTOR TÉCNICO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	COLPENSIONES	POSITIVA
91486078	OSCAR JAVIER GUARIN CASTILLANOS	PROF. DE COSTOS, PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
63362809	JANETT MORENO RAMIREZ	REPRESENTANTE LEGAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA
63484028	BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF. SST -HSEQ	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1097890284	OMAR ALONSO CASTAÑEDA BENAVIDEZ	ARQUITECTO	ADMINISTRATIVA	NO	16/08/2023	27/12/2023	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
91517850	WILMER EYEZID JAIMES ABRIL	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA	ADMINISTRATIVA	NO	16/08/2023	27/12/2023	SURA	PORVENIR	POSITIVA
52451104	CONSUELO ANDREA DUQUE PACHECO	PROF. SOCIAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
37559609	DOLY JOHANNA JIMENEZ VARGAS	RESIDENTE SISO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1098741012	ANDRES DAVID ANGARITA	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	COLSANITAS	PORVENIR	POSITIVA
1100948704	GUILLERMO BELTRAN	INGENIERO AMBIENTAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/8/2023	NO	SANITAS	PORVENIR	SURA
1095907238	VICTOR CONTRERAS	VIGILANTE	OPERATIVO	NO	16/8/2023	27/12/2023	SALUD TOTAL		AXA COLPATRIA
91428022	REINALDO JIMENEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	NO	16/8/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA
13841283	GUSTAVO MENDEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	NO	16/8/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	N/A	AXA COLPATRIA
91264094	JOSE VIDAL GALVIS	AUXILIAR DE OBRA	OPERATIVO	NO	16/8/2023	27/12/2023	FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA
13828523	JEREMIAS RODRIGUEZ	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	NO	16/8/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
91279026	ELIAS GONZALEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	NO	23/8/2023	30/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91202336	JORGE ARDILA	TOPOGRAFO	OPERATIVO	NO	31/08/2023	01/10/2023	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
13862793	DESIDERIO SEPULVEDA	MAESTRO	OPERATIVO	NO	5/9/2023	27/12/2023	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA
1098775092	JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	7/10/2023	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
4207216	DANIEL ALFONSO ARAQUE	OFICIAL	OPERATIVO	NO	6/9/2023	16/12/2023	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
7144780	MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1095911395	JEFERZON ANDRES LÓPEZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	6/9/2023	13/12/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITVA
1063619204	CARLOS IVAN RAMOS	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	04/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

91349112	CESAR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	6/9/2023	21/11/2023	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
91348558	VICTOR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	6/9/2023	21/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1102381340	ELMER OLIVAREZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	04/11/2023	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1095837796	LEIDY NATHALY LIZCANO	AUXILIAR ALMACEN	ADMINISTRATIVA	NO	2/10/2023	02/12/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1064837365	LEONARDO CACERES GUERRERO	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/10/2023	27/12/2023	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENOI	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/10/2023	21/10/2023	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
79119191	MAURICIO GUTIERREZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	25/10/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
1045228124	CARLOS ANDRES MANCILLA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	1/11/2023	09/12/2023	COOSALUD	COLFONDOS	POSITIVA
1007127865	LUIS EDUARDO GARCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	1/11/2023	16/12/2023	COOSALUD	COLFONDOS	POSITVA
1115741865	ELIXANDER DIAZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	2/11/2023	04/11/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
1098286652	ELIBARDO ROJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	07/11/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
5330270 PT	JUNIOR MANUEL ROJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	07/11/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
91289948	CARLOS HUMBERTO JAIMES	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	07/11/2023	30/11/2023	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
13536385	JOSE ALIRIO BARAJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	08/11/2023	16/12/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
13748023	MAURICIO PEÑA MUÑOZ	OFICIAL	OPERATIVO	NO	9/11/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
5772294	WILLIAM QUIROGA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	17/1/2023	23/12/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
13718215	MARLON HERRERA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	20/11/2023	27/12/2023	SALUDF TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91160490	JHON FREDY ORDUZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	20/11/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITVA
1065601639	VIRGENID NAVARRO JIMENEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	NO	28/11/2023	20/12/2023	COOSALUD	COLPENSIONES	SURA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENO	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/12/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
18188288	LUIS ALBERTO CORTES	OFICIAL	OPERATIVO	NO	4/12/2023	27/12/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
1066513197	DEIVIS MANUEL MENDIZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/12/2023	15/12/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91498907	ALONSO DUARTE VELANDIA	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/12/2023	27/12/2023	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1050542187	JOSE FABIAN QUICENO	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	4/12/2023	27/12/2023	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
1051637117	ALFREDO RAMIREZ BUSTOS	OFICIAL	OPERATIVO	NO	05/12/2023	27/12/2023		PORVENIR	POSITIVA
1095910136	LISBETH VALENTINA PONCE	AUXILIAR ALMACEN	OPERATIVO	NO	05/12/2023	23/12/2023	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
91299485	EDILBERTO RODRIGUEZ RINCON	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	21/12/2023	27/12/2023		COLPENSIONES	POSITIVA

						NO			
						NO			

	Código Versión 01 Fecha 05/03/2020

	Fecha inicio contrato	**16 DE AGOSTO DE 2023**	**Objeto del contrato**	**CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**
/2023	**Fecha estimada fin contrato**	**15 DE DICIEMBRE DE 2023**		

Informacion para iniciar actividades				**Trabajo alturas**				**Observaciones/Restricciones**	
Fecha Concepto aptitud medico laboral	**Fecha Inducción SST**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de EPP**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de dotación**	**Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas**	**Nivel del certificado**	**Fecha certificado**	**Entidad que emite el certificado**		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
20/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		-	-	-		
14/12/2022	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	-	-	-	-		
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
15/7/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		REENTRENAMIENTO	16/07/2023	INGESIN S.AS.	COORDINADOR ALTURAS 29/07/2023	
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
19/12/2022	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	146/08/2023	16/8/2023	16/8/2023						
22/08/2023	23/08/2023	23/08/2023	23/08/2023						
	1/4/2023	1/4/2023	1/4/2023						
	31/8/2023	31/8/2023	31/8/2023						
03/04/2023	6/9/2023	06/09/2023	6/9/2023						
13/09/2023	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
18/08/2023	22/8/2023	22/8/2023	22/8/2023						
19/8/2023	23/8/2023	23/8/2023	23/8/2023						
04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						

04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
28/09/2023	2/10/2023	2/10/2023	2/10/2023						
21/09/2023	04/10/2023	04/10/2023	04/10/2023						
21/03/2023	4/10/2023	4/10/2023	4/10/2023						
24/10/2023	25/10/2023	25/10/2023	25/10/2023						/
04/04/2023	1/11/2023	1/11/2023	1/11/2023						/
23/02/2023	1/11/2023	1/11/2023	1/11/2023						
01/11/2023	2/11/2023	2/11/2023	2/11/2023						
	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
21/3/2023	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
7/11/2023	8/11/2023	8/11/2023	8/11/2023						
08/11/2023	9/11/2023	9/11/2023	9/11/2023						
14/11/2023	17/11/2023	17/11/2023	17/11/2023						
18/11//2023	20/11/2023	20/11/2023	20/11/2023						
18/11/2023	20/11/2023	**20/11/2023**	**20/11/2023**						
	28/11/2023	28/11/2023	28/11/2023						
21/3/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/12/2023	04/12/2023	04/12/2023	04/12/2023						
06/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/11/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/11/2023	05/12/2023	05/12/2023	05/12/2023						
04/12/2023	05/12/2023	05/12/2023	05/12/2023						
20/12/2023	21/12/2023	21/12/2023	21/12/2023						

Nombre Contratista	COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	**Supervisor del Contrato**	RAUL CARRILLO
Responsable SST	BIBIANA MORENO RAMIREZ	**Fecha de actualizacion**	11/09/

Informacion Trabajadores				Estado			Seguridad Social		
CC	**Nombre del Trabajador**	**Cargo**	**Area**	**Activo**	**Fecha ingreso**	**Fecha retiro (cuando aplique)**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
13821639	AUGUSTO JOSE GARCIA REY	DIRECTOR TÉCNICO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	COLPENSIONES	POSITIVA
91486078	OSCAR JAVIER GUARIN CASTILLANOS	PROF. DE COSTOS, PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
63362809	JANETT MORENO RAMIREZ	REPRESENTANTE LEGAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA
63484028	BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF. SST -HSEQ	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1097890284	OMAR ALONSO CASTAÑEDA BENAVIDEZ	ARQUITECTO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
91517850	WILMER EYEZID JAIMES ABRIL	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	PORVENIR	POSITIVA
52451104	CONSUELO ANDREA DUQUE PACHECO	PROF. SOCIAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
37559609	DOLY JOHANNA JIMENEZ VARGAS	RESIDENTE SISO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1098741012	ANDRES DAVID ANGARITA	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	COLSANITAS	PORVENIR	POSITIVA
1100948704	GUILLERMO BELTRAN	INGENIERO AMBIENTAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/8/2023	NO	SANITAS	PORVENIR	SURA
1095907238	VICTOR CONTRERAS	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	SALUD TOTAL		AXA COLPATRIA
91428022	REINALDO JIMENEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA
13841283	GUSTAVO MENDEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	AXA COLPATRIA
91264094	JOSE VIDAL GALVIS	AUXILIAR DE OBRA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA
13828523	JEREMIAS RODRIGUEZ	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
91279026	ELIAS GONZALEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	23/8/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91202336	JORGE ARDILA	TOPOGRAFO	OPERATIVO	SI	31/08/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
13862793	DESIDERIO SEPULVEDA	MAESTRO	OPERATIVO	SI	5/9/2023	NO	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA
1098775092	JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
4207216	DANIEL ALFONSO ARAQUE	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
7144780	MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1095911395	JEFERZON ANDRES LÓPEZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITVA
1063619204	CARLOS IVAN RAMOS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

91349112	CESAR OLIVARES	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
1102381340	ELMER OLIVARES	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			

	Código Versión 01 Fecha 05/03/2020

	Fecha inicio contrato	**16 DE AGOSTO DE 2023**	**Objeto del contrato**	**CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**
/2023	**Fecha estimada fin contrato**	**15 DE DICIEMBRE DE 2023**		

Informacion para iniciar actividades				**Trabajo alturas**				**Observaciones/Restricciones**	
Fecha Concepto aptitud medico laboral	**Fecha Inducción SST**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de EPP**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de dotación**	**Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas**	**Nivel del certificado**	**Fecha certificado**	**Entidad que emite el certificado**		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
15/7/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/08/2023	REENTRENAMIENTO	16/07/2023	INGESIN S.AS.	COORDINADOR ALTURAS 29/07/2023	
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/08/2023					
	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023	16/08/2023					
19/12/2022	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023	16/08/2023					
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/08/2023					
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/08/2023					
24/04/2023									
24/04/2023									
22/08/2023	23/08/2023	23/08/2023	23/08/2023	23/08/2023					
	1/4/2023	1/4/2023	1/4/2023	01/04/2023					
	31/8/2023	31/8/2023	31/8/2023						
03/04/2023		/							/
13/09/2023	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						/
18/08/2023	22/8/2023	22/8/2023	22/8/2023	22/08/2023					
19/8/2023	23/8/2023	23/8/2023	23/8/2023	23/08/2023					
04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	06/09/2023					

04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	06/09/2023					
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	06/09/2023					

Nombre Contratista	COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	**Supervisor del Contrato**	RAUL CARRILLO
Responsable SST	BIBIANA MORENO RAMIREZ	**Fecha de actualizacion**	11/09

Informacion Trabajadores				Estado			Seguridad Social		
CC	**Nombre del Trabajador**	**Cargo**	**Area**	**Activo**	**Fecha ingreso**	**Fecha retiro (cuando aplique)**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
13821639	AUGUSTO JOSE GARCIA REY	DIRECTOR TÉCNICO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	COLPENSIONES	POSITIVA
91486078	OSCAR JAVIER GUARIN CASTILLANOS	PROF. DE COSTOS, PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
63362809	JANETT MORENO RAMIREZ	REPRESENTANTE LEGAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA
63484028	BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF. SST -HSEQ	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1097890284	OMAR ALONSO CASTAÑEDA BENAVIDEZ	ARQUITECTO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
91517850	WILMER EYEZID JAIMES ABRIL	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	PORVENIR	POSITIVA
52451104	CONSUELO ANDREA DUQUE PACHECO	PROF. SOCIAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
37559609	DOLY JOHANNA JIMENEZ VARGAS	RESIDENTE SISO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1098741012	ANDRES DAVID ANGARITA	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	COLSANITAS	PORVENIR	POSITIVA
1100948704	GUILLERMO BELTRAN	INGENIERO AMBIENTAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/8/2023	NO	SANITAS	PORVENIR	SURA
1095907238	VICTOR CONTRERAS	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	SALUD TOTAL		AXA COLPATRIA
91428022	REINALDO JIMENEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA
13841283	GUSTAVO MENDEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	AXA COLPATRIA
91264094	JOSE VIDAL GALVIS	AUXILIAR DE OBRA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA
13828523	JEREMIAS RODRIGUEZ	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
91279026	ELIAS GONZALEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	23/8/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91202336	JORGE ARDILA	TOPOGRAFO	OPERATIVO	SI	31/08/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
13862793	DESIDERIO SEPULVEDA	MAESTRO	OPERATIVO	SI	5/9/2023	NO	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA
1098775092	JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	7/10/2023	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
4207216	DANIEL ALFONSO ARAQUE	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
7144780	MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1095911395	JEFERZON ANDRES LÓPEZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITVA
1063619204	CARLOS IVAN RAMOS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

91349112	CESAR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
91348558	VICTOR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1102381340	ELMER OLIVAREZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1095837796	LEIDY NATHALY LIZCANO	AUXILIAR ALMACEN	ADMINISTRATIVA	SI	2/10/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1064837365	LEONARDO CACERES GUERRERO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/10/2023	NO	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENOI	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/10/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
						NO			
						NO			
						NO		

	Código Versión 01 Fecha 05/03/2020

	Fecha inicio contrato	**16 DE AGOSTO DE 2023**	**Objeto del contrato**	**CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**
/2023	**Fecha estimada fin contrato**	**15 DE DICIEMBRE DE 2023**		

Informacion para iniciar actividades				**Trabajo alturas**				**Observaciones/Restricciones**	
Fecha Concepto aptitud medico laboral	**Fecha Inducción SST**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de EPP**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de dotación**	**Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas**	**Nivel del certificado**	**Fecha certificado**	**Entidad que emite el certificado**		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
20/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		-	-	-		
14/12/2022	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	-	-	-	-		
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
15/7/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		REENTRENAMIENTO	16/07/2023	INGESIN S.AS.	COORDINADOR ALTURAS 29/07/2023	
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
19/12/2022	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	146/08/2023	16/8/2023	16/8/2023						
22/08/2023	23/08/2023	23/08/2023	23/08/2023						
	1/4/2023	1/4/2023	1/4/2023						
	31/8/2023	31/8/2023	31/8/2023						
03/04/2023	6/9/2023	06/09/2023	6/9/2023						
13/09/2023	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
18/08/2023	22/8/2023	22/8/2023	22/8/2023						
19/8/2023	23/8/2023	23/8/2023	23/8/2023						
04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						

04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
28/09/2023	2/10/2023	2/10/2023	2/10/2023						
21/09/2023	04/10/2023	04/10/2023	04/10/2023						
21/03/2023	4/10/2023	4/10/2023	4/10/2023						

Nombre Contratista	COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	**Supervisor del Contrato**	RAUL CARRILLO
Responsable SST	BIBIANA MORENO RAMIREZ	**Fecha de actualizacion**	11/09

Informacion Trabajadores				Estado			Seguridad Social		
CC	**Nombre del Trabajador**	**Cargo**	**Area**	**Activo**	**Fecha ingreso**	**Fecha retiro (cuando aplique)**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
13821639	AUGUSTO JOSE GARCIA REY	DIRECTOR TÉCNICO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	COLPENSIONES	POSITIVA
91486078	OSCAR JAVIER GUARIN CASTILLANOS	PROF. DE COSTOS, PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
63362809	JANETT MORENO RAMIREZ	REPRESENTANTE LEGAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA
63484028	BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF. SST -HSEQ	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1097890284	OMAR ALONSO CASTAÑEDA BENAVIDEZ	ARQUITECTO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
91517850	WILMER EYEZID JAIMES ABRIL	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SURA	PORVENIR	POSITIVA
52451104	CONSUELO ANDREA DUQUE PACHECO	PROF. SOCIAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
37559609	DOLY JOHANNA JIMENEZ VARGAS	RESIDENTE SISO	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1098741012	ANDRES DAVID ANGARITA	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	ADMINISTRATIVA	SI	16/08/2023	NO	COLSANITAS	PORVENIR	POSITIVA
1100948704	GUILLERMO BELTRAN	INGENIERO AMBIENTAL	ADMINISTRATIVA	SI	16/8/2023	NO	SANITAS	PORVENIR	SURA
1095907238	VICTOR CONTRERAS	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	SALUD TOTAL		AXA COLPATRIA
91428022	REINALDO JIMENEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA
13841283	GUSTAVO MENDEZ	VIGILANTE	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	AXA COLPATRIA
91264094	JOSE VIDAL GALVIS	AUXILIAR DE OBRA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA
13828523	JEREMIAS RODRIGUEZ	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	16/8/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
91279026	ELIAS GONZALEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	23/8/2023	30/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91202336	JORGE ARDILA	TOPOGRAFO	OPERATIVO	SI	31/08/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
13862793	DESIDERIO SEPULVEDA	MAESTRO	OPERATIVO	SI	5/9/2023	NO	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA
1098775092	JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	7/10/2023	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
4207216	DANIEL ALFONSO ARAQUE	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
7144780	MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
1095911395	JEFERZON ANDRES LÓPEZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITVA
1063619204	CARLOS IVAN RAMOS	AYUDANTE	OPERATIVO	NO	6/9/2023	04/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

91349112	CESAR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	21/11/2023	SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA
91348558	VICTOR OLIVAREZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	6/9/2023	21/11/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1102381340	ELMER OLIVAREZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	6/9/2023	04/11/2023	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1095837796	LEIDY NATHALY LIZCANO	AUXILIAR ALMACEN	ADMINISTRATIVA	SI	2/10/2023	02/12/2023	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
1064837365	LEONARDO CACERES GUERRERO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/10/2023	NO	SALUD MIA	COLFONDOS	POSITIVA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENOI	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/10/2023	21/10/2023	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
79119191	MAURICIO GUTIERREZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	25/10/2023	NO	NUEVA EPS	N/A	POSITIVA
1045228124	CARLOS EDUARDO MANCILLA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	1/11/2023	NO	COOSALUD	COLFONDOS	POSITIVA
1007127865	LUIS EDUARDO GARCIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	1/11/2023	NO	COOSALUD	COLFONDOS	POSITVA
1115741865	ELIXANDER DIAZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	2/11/2023	04/11/2023	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
1098286652	ELIBARDO ROJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	07/11/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
5330270 PT	JUNIOR MANUEL ROJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	07/11/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
91289948	CARLOS HUMBERTO JAIMES	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	07/11/2023	30/11/2023	NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
13536385	JOSE ALIRIO BARAJAS	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	08/11/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
13748023	MAURICIO PEÑA MUÑOZ	OFICIAL	OPERATIVO	SI	9/11/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
5772294	WILLIAM QUIROGA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	17/1/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
13718215	MARLON HERRERA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	20/11/2023	NO	SALUDF TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91160490	JHON FREDY ORDUZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	20/11/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITVA
1065601639	VIRGENID NAVARRO JIMENEZ	OPERARIO MAQUINARIA PESADA	OPERATIVO	SI	28/11/2023	NO	COOSALUD	COLPENSIONES	SURA
1101695171	JHON MANUEL RODRIGUEZ MORENO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	NUEVA EPS	PROTECCION	POSITIVA
18188288	LUIS ALBERTO CORTES	OFICIAL	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA
1066513197	DEIVIS MANUEL MENDIZ	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA
91498907	ALONSO DUARTE VELANDIA	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
1050542187	JOSE FABIAN QUICENO	AYUDANTE	OPERATIVO	SI	4/12/2023	NO	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
1051637117	ALFREDO RAMIREZ BUSTOS	OFICIAL	OPERATIVO	SI	05/12/2023	NO		PORVENIR	POSITIVA
1095910136	LISBETH VALENTINA PONCE	AUXILIAR ALMACEN	OPERATIVO	SI	05/12/2023	NO	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			
						NO			

						NO			
						NO			

	Código Versión 01 Fecha 05/03/2020

	Fecha inicio contrato	**16 DE AGOSTO DE 2023**	**Objeto del contrato**	**CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**
/2023	**Fecha estimada fin contrato**	**15 DE DICIEMBRE DE 2023**		

Informacion para iniciar actividades				**Trabajo alturas**				**Observaciones/Restricciones**	
Fecha Concepto aptitud medico laboral	**Fecha Inducción SST**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de EPP**	**Fecha de Constancia de entrega Inicial de dotación**	**Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas**	**Nivel del certificado**	**Fecha certificado**	**Entidad que emite el certificado**		
				-	-	-	-		
				-	-	-	-		
20/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		-	-	-		
14/12/2022	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023	-	-	-	-		
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
15/7/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023		REENTRENAMIENTO	16/07/2023	INGESIN S.AS.	COORDINADOR ALTURAS 29/07/2023	
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
19/12/2022	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	16/8/2023	16/8/2023	16/8/2023						
24/04/2023	146/08/2023	16/8/2023	16/8/2023						
22/08/2023	23/08/2023	23/08/2023	23/08/2023						
	1/4/2023	1/4/2023	1/4/2023						
	31/8/2023	31/8/2023	31/8/2023						
03/04/2023	6/9/2023	06/09/2023	6/9/2023						
13/09/2023	16/8/2023	16/08/2023	16/8/2023						
18/08/2023	22/8/2023	22/8/2023	22/8/2023						
19/8/2023	23/8/2023	23/8/2023	23/8/2023						
04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						

04/09/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
5/9/2023	6/9/2023	6/9/2023	6/9/2023						
28/09/2023	2/10/2023	2/10/2023	2/10/2023						
21/09/2023	04/10/2023	04/10/2023	04/10/2023						
21/03/2023	4/10/2023	4/10/2023	4/10/2023						
24/10/2023	25/10/2023	25/10/2023	25/10/2023						/
04/04/2023	1/11/2023	1/11/2023	1/11/2023						/
23/02/2023	1/11/2023	1/11/2023	1/11/2023						
01/11/2023	2/11/2023	2/11/2023	2/11/2023						
	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
21/3/2023	7/11/2023	7/11/2023	7/11/2023						
7/11/2023	8/11/2023	8/11/2023	8/11/2023						
08/11/2023	9/11/2023	9/11/2023	9/11/2023						
14/11/2023	17/11/2023	17/11/2023	17/11/2023						
18/11//2023	20/11/2023	20/11/2023	20/11/2023						
18/11/2023	20/11/2023	**20/11/2023**	**20/11/2023**						
	28/11/2023	28/11/2023	28/11/2023						
21/3/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/12/2023	04/12/2023	04/12/2023	04/12/2023						
06/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/11/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023						
06/11/2023	05/12/2023	05/12/2023	05/12/2023						
04/12/2023	05/12/2023	05/12/2023	05/12/2023						

COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

PLAN

	F-GI-42	VERSION 1
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	**10/1/2023**	**PRÓXIMA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN:**
RECURSOS DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL:	**VER PRESUPUESTO ASIGNADO**	
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EJECUCION:		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:		

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. ADMINISTRACIÓN DEL SGS																								
1	Socialización estandar de contratistas a proveedores y lideres	ANUAL	P	INGENIERA HSEQ		1																		
			E			1																		
2	Socialización y participación al COPASST del SG-SST	Semestral	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
3	Reuniones ordinarias del COPASST	Mesual	P	COPASST												1				1				1
			E													1				1				1
4	Reuniones trimestrales del COVILA	Trimestral	P	COVILA												1								
			E													1								
5	Actualización matriz de peligros	Anual	P	INGENIERA HSEQ						1														
			E							1														
6	Definición del Plan de Capacitación	Semestral	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												

7	Actualización matriz de requisitos legales	Anual	P	INGENIERA HSEQ										1										
			E											1										
8	Revisión por la Alta Dirección del SGSST	Anual	P	ALTA GERNECIA								1												
			E									1												
9	Auditorías Internas al SGSST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
10	Actualización del plan de trabajo anual SST	Semestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
11	Socializacion y entrenamiento en la administración del Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo	Semestral	P	INGENIERA HSEQ														1						
			E															1						
12	Revisión de cumplimiento de objetivos	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
13	Reuniones con la ARL	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
14	Revisión de los documentación y procesos	Semestral	P	INGENIERA HSEQ										1										
			E											1										
15	Revisión y evaluación de los proveedores y contratistas	Mensual	P	INGENIERA HSEQ								1				1				1				1
			E									1				1				1				1
16	Actualizacion de las Politicas del SG-SST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E					1																
17	Actializacion de los Objetivos del SG-SST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E					1																
SUBTOTAL DE ACTIVIDADES DE ADMINISTRACIÓN DEL SG-SST			P	Programadas	4				7				7				4				3			
			E	Ejecutadas	4				7				7				4				3			
2. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIV																								
2.1. SISTEMA DE VIGILANCIA VIS																								

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Planear																							
1	Ajuste el protocolo del S.V.E. Visual	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajuster indicadores de gestión del S.V.E. visual	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
	Hacer																							
3	Socialización del SVE Visual	N.A.	P	INGENIERA HSEQ										1										
			E											1										
4	identificación de sitios y puestos de trabajo con necesidades de realización de luxometrías por oficina	Anual	P	INGENIERA HSEQ						1														
			E							1														
5	Realización de las luxometrías identificadas	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
6	Análisis de resultados e implementación de planes de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
7	Jornadas de pausas activas visuales	Bimestral	P	INGENIERA HSEQ								1												1
			E									1												1
8	Capacitación Conservacion y fatiga Visual	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
	Verificar																							
9	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ				1												1				
			E					1												1				
	Actuar																							
10	Ajustes al SVE visual de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ							1													1
			E								1													1
11	Ejecución plan de acción	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL			P	Programadas	2				4				2				1				2			
			E	Ejecutadas	2				4				2				1				2			

2.2. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO PS

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Planear																							
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E.Psicosocial	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
	Hacer																							

| | | |

					ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actuar																								
9	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
10	Ejecución plan de acción	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE			P	Programadas	4				3				3				2				3			
			E	Ejecutadas	4				3				3				2				3			

2.4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFER

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del SVE	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E. Detencción Temprana de Enfermedades	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
3	Campaña Socialización del S.V.E. Detección temprana de enfermedades	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
4	Capacitación Prevención de riesgo cardiovascular y detección temprana de enfermedades	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																	1				
Verificar																								
5	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
Actuar																								
6	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
7	Ejecución plan de acción	Mensual	P	Líder SG-SST				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
SUBTOTAL S.V.E. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE			P	Programadas	4				2				2				2				1			
			E	Ejecutadas	4				2				2				2				1			

2.5. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO BI

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E. BIOMECANICO	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
3	Socialización del PVE biomecánico	Anual	P	INGENIERA HSEQ										1										

3	Socialización del PVE biomecánico	Anual	E	INGENIERA HSEQ										1												
4	Análisis de puesto de trabajo (se cubran actividades de alto riesgo bodega servicios generales infraestructura)	Anual	P E	INGENIERA HSEQ																1 1						

5	Análisis de resultados e implementar planes de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												1
6	Jornadas de verificación de pausas activas	Bimestral	P	INGENIERA HSEQ				1								1															1
			E					1								1															1
7	Capacitación manejo de cargas e higiene postural	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												1
Verificar																															
8	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																							
			E					1																							
Actuar																															
9	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												1
10	Ejecución plan de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO BIOMECANICO			P	Programadas	3				1				2				1				4										
			E	Ejecutadas	3				1				2				1				4										

2.6. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajuste de objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajuste de indicadores de gestión del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
Hacer																								
3	Socialización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Auditivo	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																	1				
4	Realización exámenes médicos ocupacionales con enfásis auditivo para personal que aplica según profesiograma	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
5	Identificación de los trabajadores con recomendaciones con relación al sistema auditivo.	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
6	Análisis DX condiciones de salud	Semestral	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
7	Seguimiento al personal con recomendaciones médicas.	Mensual	P	INGENIERA HSEQ					1				1				1				1			
			E						1				1				1				1			
Verificar																								
8	Cálculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Actuar																								
9	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								

10	Ejecución plan de acción	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO AUDITIVO			P	Programadas	3				4				5				4				4			
			E	Ejecutadas	3				4				5				4				4			

3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

3.1. MEDICINA PREVENTIVA

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Medicion de iluminacion	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
2	Medicion de ruido	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
3	Entrega de informes	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
4	Plan de accion a recomendación	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
5	Socialiazacion de los resultados al COPASST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
SUBTOTAL MEDICINA PREVENTIVA			P	Programadas	0				0				0				0				0			
			E	Ejecutadas	0				0				0				0				0			

4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

4.1. PROGRAMA DE INSPECCIO

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inspecciones Gerenciales	Semestral	P	INGENIERA HSEQ													1							
			E														1							
2	Inspecciones locativas	cada 4 meses	P	INGENIERA HSEQ				1																1
			E					1																1
3	Inspección de botiquines	cada 4 meses	P	INGENIERA HSEQ				1																1
			E					1																1
4	Inspección de extintores	cada 4 meses	P	INGENIERA HSEQ				1																1
			E					1																1
5	Inspecciones de orden y aseo Campaña	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1				1					1							
			E					1				1					1							
6	Inspecciones de orden y aseo (Verificación de Ejecución))	mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
SUBTOTAL PROGRAMA DE INSPECCIONES			P	Programadas	5				2				1				3				4			
			E	Ejecutadas	5				2				1				3				4			

4.2. PROGRAMA DE EMERGENC

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Realización plan de emergencias	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Socializar plan de emergencias (Analisis de vulnerabilidad y Pons) Por medio de la induccion	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
Hacer																								
3	Preparación del simulacro con la brigada de emergencias	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
4	Realización de simulacro (evacuación, y traslado de herido)	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
3	Socialización del simulacro de evacuación: • Aspectos a mejorar • Incentivar que se vinculen a la brigada de emergencias	Anual	P	Brigadistas																				
			E																					
4	Inspecciones equipo de emergencias	Anual	P	Brigadistas				1																
			E					1																
Verificar																								
5	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ								1												1
			E									1												1
6	Realización planes de accion de acuerdo a los resultados obtenidos por semestre	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ- Líder brigada												1								
			E													1								
Actuar																								
7	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Anual	P	INGENIERA HSEQ Líder brigada				1																
			E					1																
8	Realización planes de accion de acuerdo a los resultados obtenidos por semestre	Semestral	P	INGENIERA HSEQ- Líder brigada												1								
			E													1								
SUBTOTAL PROGRAMA DE EMERGENCIAS			P	Programadas	3				2				2				1				2			
			E	Ejecutadas	3				2				2				1				2			

4.3. PLAN DE MANTEMINIENT

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Elaborar o Actualizar Cronograma de mantenimiento	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
Hacer																								
2	Seguimiento del Registro de informacion en hojas de vida	mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1				1				1
Verificar																								
3	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								

3	Calculo y analisis de indicadores de gestion para el programa	Trimestral	E	INGENIERA HSEQ											1								
Actuar																							
4	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Anual	P	INGENIERA HSEQ														1					
			E															1					
5	Ejecución planes de acción	mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1			1				1
			E					1				1				1			1				1
SUBTOTAL PLAN DE MANTENIMIENTO			P	Programadas	3				2				3				3				2		
			E	Ejecutadas	3				2				3				3				2		

4.4. PROGRAMA DE SUSTANCIAS QU

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Actualizar plan estratégico de manejo de sustancias químicas	N.A.	P	INGENIERA HSEQ				1											1					
			E					1											1					
2	Establecer objetivos y metas del programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
Hacer																								
1	Socializacion del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ																		1		
			E																			1		
2	Inventario de sustancias químicas	Anual	P	INGENIERA HSEQ														1						
			E															1						
3	Localización de hojas de seguridad	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
4	Campaña de rotulado (envases no originales)	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
Verificar																								
5	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
Actuar																								
6	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
7	Ejecución plan de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
SUBTOTAL PROGRAMA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS			P	Programadas	1								3				2				4			
			E	Ejecutadas	1				0				3				2				4			

4.5. REINTEGRO LABORAL

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																	1				
2	Socialización del programa de reintegro laboral	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
Hacer																								
3	Socializacion del programa de rehabilitación y reincorporación.	Anual	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
4	Inspección casos de reintegro	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																	1				
5	Inspección a casos reportados por rehabilitación y reicorporación	NA	P	INGENIERA HSEQ																				1

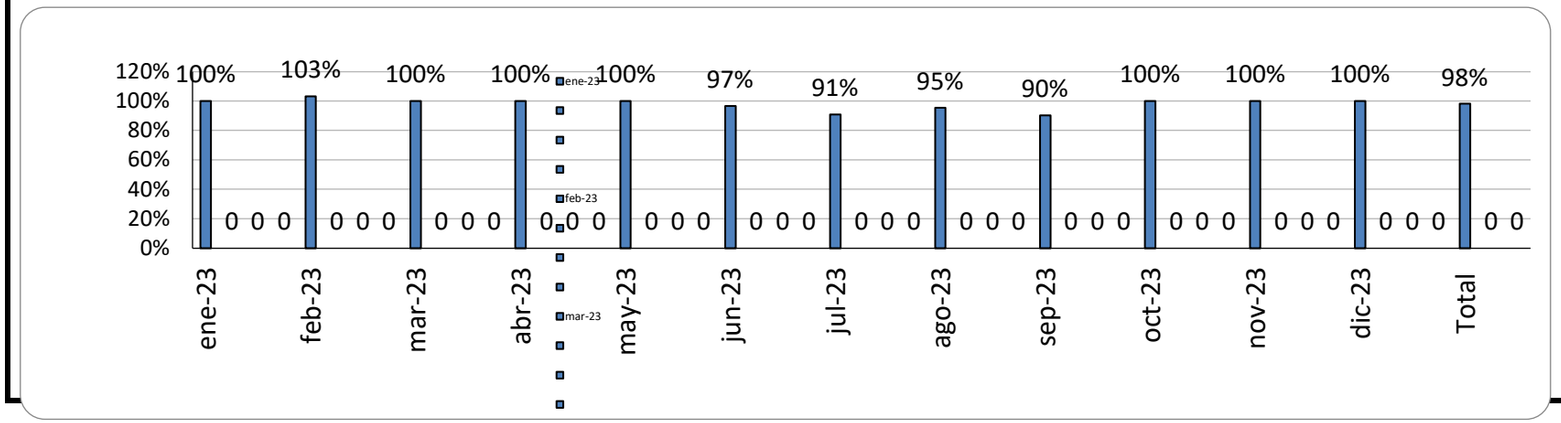
5	Inspección a casos reportados por rehabilitación y reincorporación	NA	E	INGENIERA HSEQ																											1
Verificar																															
5	Cálculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ								1																			
			E									1																			
Actuar																															
6	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												1
7	Ejecución plan de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
SUBTOTAL PROGRAMA REINTEGRO LABORAL			P	Programadas	0				1				1				2				3										
			E	Ejecutadas	0				1				1				2				3										

5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO

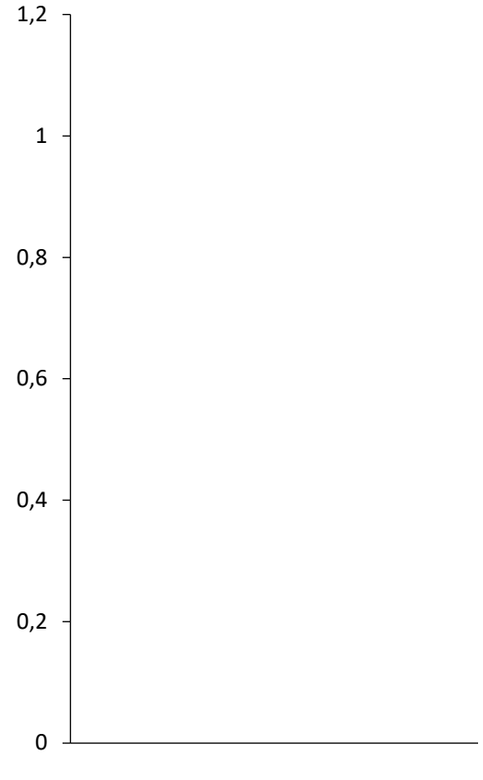
ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Socialización del programa de saneamiento básico	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
1	Socialización del programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ													1							
			E														1							
2	Seguimiento al cronograma de las Fumigaciones y lavado de tanques con Infraestructura	Semestral	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					1
3	Verificación de cumplimiento de cronograma de fumigaciones y lavado de tanques	Semestral	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
Verificar																								
4	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Actuar																								
5	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ									1											
			E										1											
6	Propuesta de planes de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																	1				
SUTOTAL PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO			P	Programadas	1				2				1				2				1			
			E	Ejecutadas	1				2				1				2				1			

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23
Actividades Programadas	34	31	34	27	34
Actividades Ejecutadas	34	32	34	27	34
TOTALES	100%	103%	100%	100%	100%

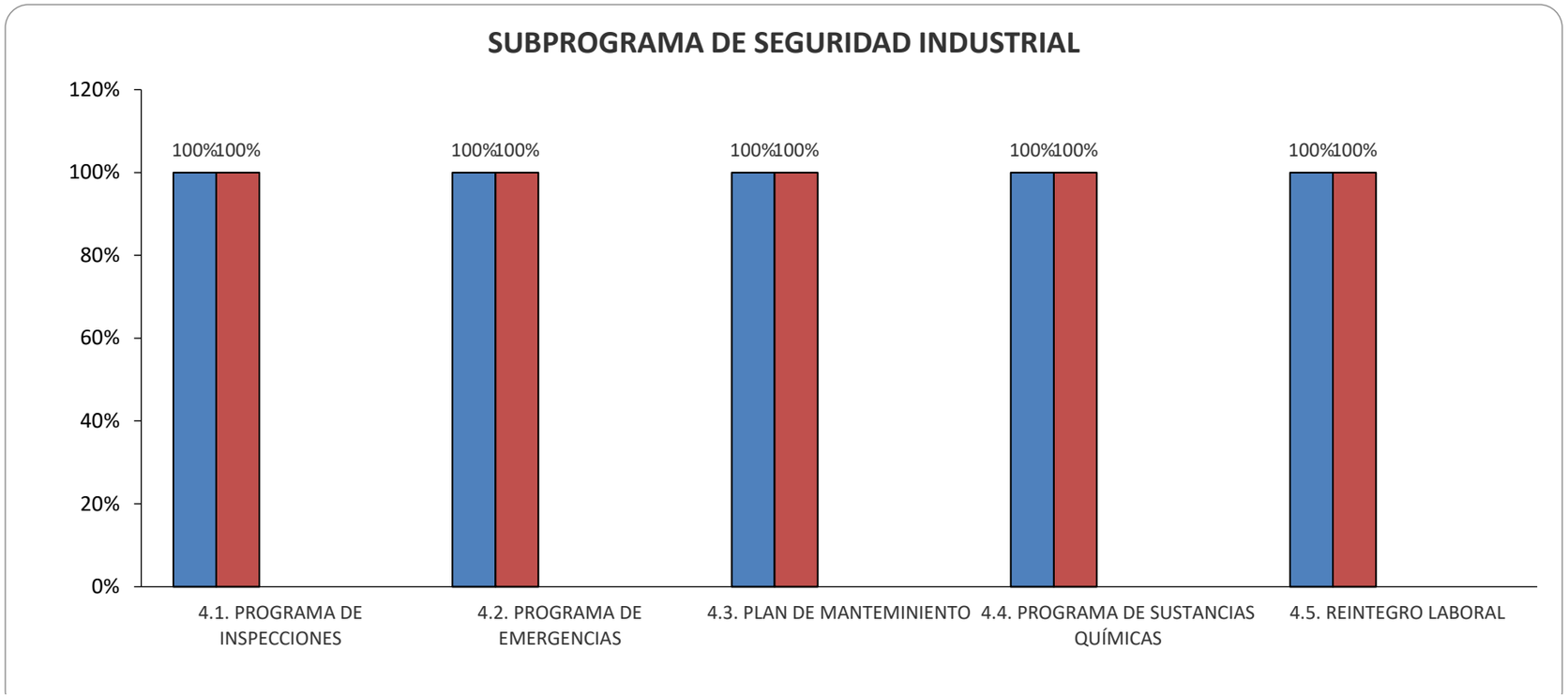
ILUSTRACIÓN GRÁFICA	PERIODO	ANÁLISIS DE TENDENCIAS
	ENERO	
	FEBRERO	
	MARZO	
	ABRIL	
	MAYO	
	JUNIO	
	JULIO	
	AGOSTO	
	SEPTIEMBRE	
	OCTUBRE	
	NOVIEMBRE	
	DICIEMBRE	
	TOTAL 2023	

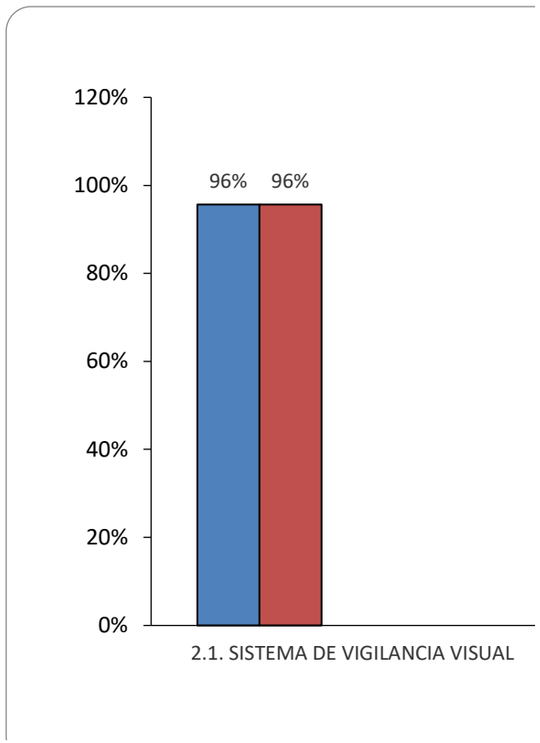


PLAN DE TRABAJO ANUAL	META	RESULTADO
1. ADMINISTRACIÓN DEL SGSST	80%	100%
2. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	META	RESULTADO
2.1. SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL	80%	96%
2.2. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO PSICOSOCIAL	80%	100%
2.3. SISTEMA DE VIGILANCIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	80%	100%
2.4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES	80%	100%
2.5. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO BIOMECANICO	80%	100%
2.6. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO AUDITIVO	80%	100%
2. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	80%	99%
3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	META	RESULTADO
3.1. MEDICINA PREVENTIVA	80%	0%
3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	80%	0%
4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	META	RESULTADO
4.1. PROGRAMA DE INSPECCIONES	80%	100%
4.2. PROGRAMA DE EMERGENCIAS	80%	100%
4.3. PLAN DE MANTEMINIENTO	80%	100%
4.4. PROGRAMA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	80%	100%
4.5. REINTEGRO LABORAL	80%	100%
4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	80%	100%
5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO	META	RESULTADO



5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO	80%	0%





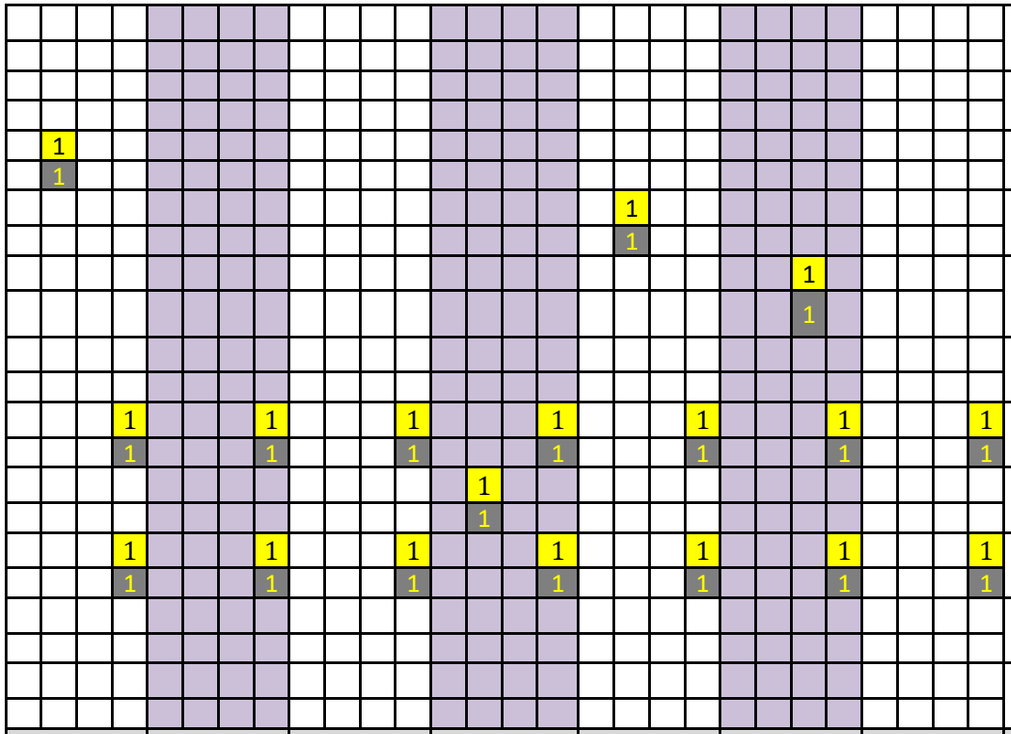
DE TRABAJO ANUAL

FECHA DE ACTUALIZACION: 01-08-2023		
1/12/2023	PERIODO DE VIGENCIA:	12 meses

BIBIANA MORENO RAMIREZ

JANETT MORENO RAMIREZ

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ST																												
																												1	1	100%
										1																		2	2	100%
										1																		
			1				1			1					1				1				1				1	10	10	100%
			1				1			1					1				1				1				1			
			1												1												1	4	4	100%
			1												1												1			
								1																				2	2	100%
								1																				
										1																		2	2	100%
										1																		



1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
2	2	100%
2	2	100%
1	1	100%
12	12	100%
2	2	100%
11	11	100%
1	1	100%
1	1	100%

5	3	6	5	4	4	4	56	100%
5	3	6	5	4	4	4	56	

TA Y DEL TRABAJO

SUAL

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																								1	1	100%
																								1	1	100%
																								1	1	100%
																								1	1	100%
1																								1	1	100%
1																										
																								1	1	100%
							1																			
							1																	1	1	100%
										1									1					4	4	100%
										1									1							
																								0	0	#¡DIV/0!
							1									1								4	4	100%
							1									1										
										1					1									4	4	100%
										1					1											
			1								1								1				1	4	4	100%
			1								1								1				1			
3				2				2				1				1				2				1				23		96%
2				2				2				1				1				2				1				22		

SICOSOCIAL

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																								1	1	100%
																								1	1	100%
																								1	1	100%
																								1	1	100%

1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
4	4	100%
1	1	100%
0	1	0%
1	1	100%
13		100%
13		

IDA SALUDABLE

2023 JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							12	12	100%
							1	1	100%

	3	3	100%
	12	12	100%
3 3 3 3 2 3 2	34		100%
3 3 3 3 2 3 2	34		

RMEDADES

2023 JUN 1 2 3 4	JUL 1 2 3 4	AGO 1 2 3 4	SEP 1 2 3 4	OCT 1 2 3 4	NOV 1 2 3 4	DIC 1 2 3 4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							4	4	100%
							12	12	100%
2 1 1 2 1 1 2							21		100%
2 1 1 2 1 1 2							21		

OMECANICO

2023 JUN 1 2 3 4	JUL 1 2 3 4	AGO 1 2 3 4	SEP 1 2 3 4	OCT 1 2 3 4	NOV 1 2 3 4	DIC 1 2 3 4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
							1	1	100%
							1	1	100%
							1	1	100%

1	1	100%
2	2	100%

1	1	100%
6	6	100%
2	2	100%
1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
17		100%
17		

AUDITIVO

2023 JUN 1 2 3 4	JUL 1 2 3 4	AGO 1 2 3 4	SEP 1 2 3 4	OCT 1 2 3 4	NOV 1 2 3 4	DIC 1 2 3 4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
							1	1	100%
							2	2	100%
							1	1	100%
							1	1	100%
							12	12	100%
							2	2	100%
							11	11	100%
							1	1	100%
							4	4	100%

| | | |

CIAS

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																												1	1	100%
			1				1				1				1				1				1				1	12	12	100%
			1				1				1				1				1				1				1			
			1																									1	1	100%
			1																											
							1																					1	1	100%
							1																							
						1																						1	1	100%
						1																								
							1																					2	2	100%
							1																							
											1												1					4	4	100%
											1												1							
			1												1												1	4	4	100%
			1												1												1			
																												1	1	100%
															1													2	2	100%
															1															
3				2				3				2				1				2				2				25		100%
3				2				3				2				1				2				2				25		

TO

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																												1	1	100%
			1				1				1				1				1				1				1	12	12	100%
			1				1				1				1				1				1				1			
			1												1													4	4	100%

| | | |

UÍMICAS

2023 JUN 1	2	3	4	JUL 1	2	3	4	AGO 1	2	3	4	SEO 1	2	3	4	OCT 1	2	3	4	NOV 1	2	3	4	DIC 1	2	3	4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
																								1				3	3	100%
																								1						
																												1	1	100%
																												1	1	100%
																												1	1	100%
																												1	1	100%
																												1	1	100%
			1											1										1				4	4	100%
			1											1										1						
																									1			2	2	100%
																									1					
																												1	1	100%
1				0				0				1				0				0				3				15		100%
1				0				0				1				0				0				3				15		

2023 JUN 1	2	3	4	JUL 1	2	3	4	AGO 1	2	3	4	SEO 1	2	3	4	OCT 1	2	3	4	NOV 1	2	3	4	DIC 1	2	3	4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
																												1	1	100%
																												1	1	100%
																												1	1	100%
																												1	1	100%
																												1	1	100%

1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
8		100%
8		

BASICO

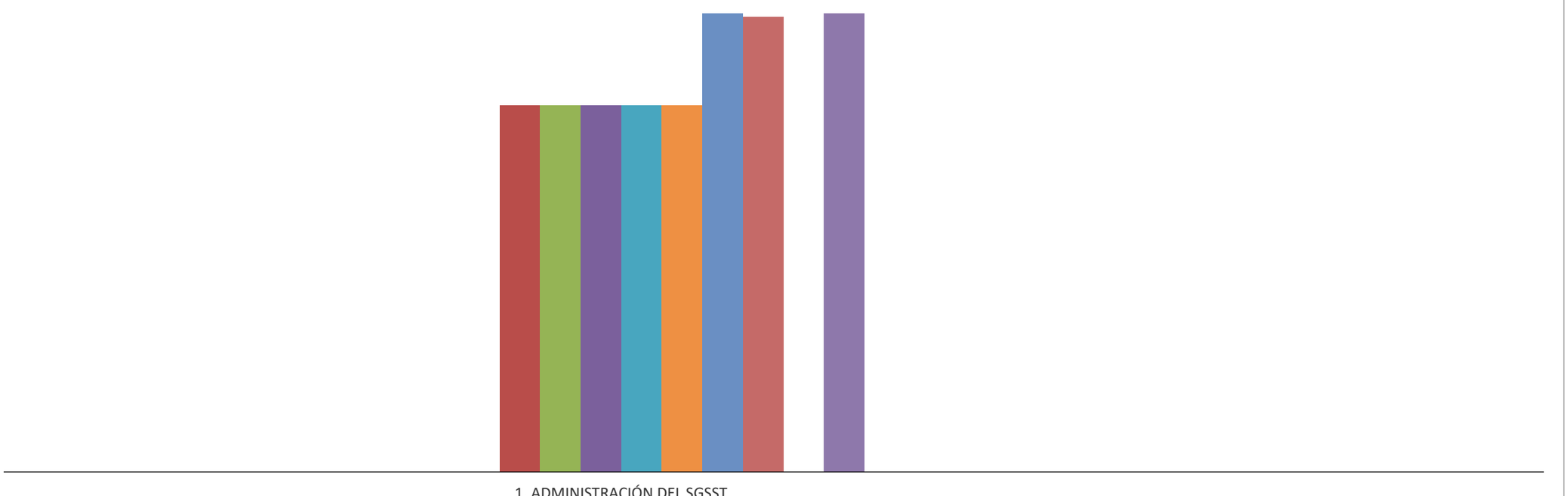
2023																							
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
1	1	100%
1	1	100%
2	2	100%
2	2	100%
2	2	100%
1	1	100%
1	1	100%
1	1	100%
0	0	0	0	1	1	0	9		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
0	0	0	0	1	1	0	9		

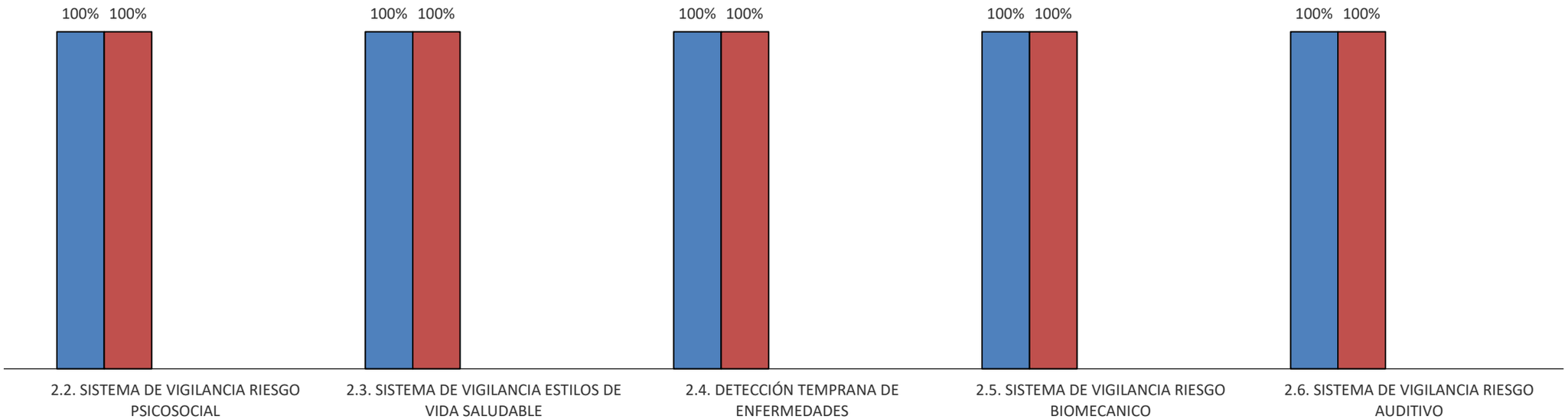
jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	Total
30	22	22	31	21	20	24	330
29	20	21	28	21	20	24	324
97%	91%	95%	90%	100%	100%	100%	98%

	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

GRAFICO GENERAL DEL SG-SST



SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO



COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

PLAN

	F-GI-42	VERSION 1
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	**10/1/2024**	**PRÓXIMA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN:**
RECURSOS DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL:	**VER PRESUPUESTO ASIGNADO**	
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EJECUCION:		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:		

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. ADMINISTRACIÓN DEL SGS																								
1	Socialización estandar de contratistas a proveedores y lideres	ANUAL	P	INGENIERA HSEQ		1																		
			E			1																		
2	Socialización y participación al COPASST del SG-SST	Semestral	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
3	Reuniones ordinarias del COPASST	Mesual	P	COPASST												1				1				1
			E													1								
4	Reuniones trimestrales del COVILA	Trimestral	P	COVILA												1								
			E													1								
5	Actualización matriz de peligros	Anual	P	INGENIERA HSEQ						1														
			E							1														
6	Definición del Plan de Capacitación	Semestral	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												

7	Actualización matriz de requisitos legales	Anual	P	INGENIERA HSEQ										1										
			E											1										
8	Revisión por la Alta Dirección del SGSST	Anual	P	ALTA GERNECIA								1												
			E									1												
9	Auditorías Internas al SGSST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
10	Actualización del plan de trabajo anual SST	Semestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
11	Socializacion y entrenamiento en la administración del Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo	Semestral	P	INGENIERA HSEQ														1						
			E																					
12	Revisión de cumplimiento de objetivos	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
13	Reuniones con la ARL	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
14	Revisión de los documentación y procesos	Semestral	P	INGENIERA HSEQ										1										
			E											1										
15	Revisión y evaluación de los proveedores y contratistas	Mensual	P	INGENIERA HSEQ								1				1				1				1
			E									1				1								
16	Actualizazion de las Politicas del SG-SST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E					1																
17	Actializacion de los Objetivos del SG-SST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E					1																
SUBTOTAL DE ACTIVIDADES DE ADMINISTRACIÓN DEL SG-SST			P	Programadas	4				7				7				4				3			
			E	Ejecutadas	4				7				7				0				0			
2. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIV																								
2.1. SISTEMA DE VIGILANCIA VIS																								

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Planear																							
1	Ajuste el protocolo del S.V.E. Visual	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajuster indicadores de gestión del S.V.E. visual	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
	Hacer																							
3	Socialización del SVE Visual	N.A.	P	INGENIERA HSEQ										1										
			E											1										
4	identificación de sitios y puestos de trabajo con necesidades de realización de luxometrías por oficina	Anual	P	INGENIERA HSEQ						1														
			E							1														
5	Realización de las luxometrías identificadas	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
6	Análisis de resultados e implementación de planes de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
7	Jornadas de pausas activas visuales	Bimestral	P	INGENIERA HSEQ								1												1
			E									1												
8	Capacitación Conservacion y fatiga Visual	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
	Verificar																							
9	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ				1												1				
			E					1																
	Actuar																							
10	Ajustes al SVE visual de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ							1													1
			E								1													
11	Ejecución plan de acción	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL			P	Programadas	2				4				2				1				2			
			E	Ejecutadas	2				4				2				0				0			

2.2. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO P

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Planear																							
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E.Psicosocial	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
	Hacer																							

3	Socializar el S.V.E.Psicosocial	Anual	P	INGENIERA HSEQ																			1								
			E																												
4	Capacitación manejo de estrés y Salud mental, vinculo afectivo, autoestima y proyecto de vida.	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																				1								
5	Capacitación de crecimiento personal y motivación y equipos efectivos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
6	Documentar los planes de acción / informe general Psicosocial (programar actividades en este programa)	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
7	Reuniones comité convivencia	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ																			1								
			E																				1								
Verificar																															
7	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
Actuar																															
8	Ajustes al S.V.E.Psicosocial de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
9	Ejecución plan de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO PSICOSOCIAL			P	Programadas	1				1				2				0				1			
			E	Ejecutadas	1				2				2				0				0			

2.3. SISTEMA DE VIGILANCIA ESTILOS DE VI

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del SVEVS	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E. VS	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
3	Socialización del S.V.E. Estilos de Vida Saludable	Anual	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
4	Jornada de peso y talla	Primer semestre	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
5	Tabulación de resultados y planes de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
6	Ejecución planes (II semestres)	Segundo semestre	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
7	Seguimiento recomendaciones EMO	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
Verificar																								
8	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																

					ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actuar																								
9	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
10	Ejecución plan de acción	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE			P	Programadas	4				3				3				2				3			
			E	Ejecutadas	4				3				3				0				0			

2.4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFER

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del SVE	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E. Detencción Temprana de Enfermedades	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
3	Campaña Socialización del S.V.E. Detección temprana de enfermedades	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
4	Capacitación Prevención de riesgo cardiovascular y detección temprana de enfermedades	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																					
Verificar																								
5	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
Actuar																								
6	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
7	Ejecución plan de acción	Mensual	P	Líder SG-SST				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
SUBTOTAL S.V.E. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE			P	Programadas	4				2				2				2				1			
			E	Ejecutadas	4				2				2				0				0			

2.5. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO BI

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajustar indicadores de gestión del S.V.E. BIOMECANICO	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
3	Socialización del PVE biomecánico	Anual	P	INGENIERA HSEQ										1										

3	Socialización del PVE biomecánico	Anual	E	INGENIERA HSEQ										1																	
4	Análisis de puesto de trabajo (se cubran actividades de alto riesgo bodega servicios generales infraestructura)	Anual	P E	INGENIERA HSEQ																1											

5	Análisis de resultados e implementar planes de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												
6	Jornadas de verificación de pausas activas	Bimestral	P	INGENIERA HSEQ				1								1															1
			E					1								1															
7	Capacitación manejo de cargas e higiene postural	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												
	Verificar																														
8	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																							
			E					1																							
	Actuar																														
9	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											1
			E																												
10	Ejecución plan de acción	Anual	P	INGENIERA HSEQ																											
			E																												
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO BIOMECANICO			P	Programadas	3				1				2				1				4										
			E	Ejecutadas	3				1				2				0				0										

2.6. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Planear																							
1	Ajuste de objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Ajuste de indicadores de gestión del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
	Hacer																							
3	Socialización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Auditivo	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																					
4	Realización exámenes médicos ocupacionales con enfásis auditivo para personal que aplica según profesiograma	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
5	Identificación de los trabajadores con recomendaciones con relación al sistema auditivo.	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
6	Análisis DX condiciones de salud	Semestral	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
7	Seguimiento al personal con recomendaciones médicas.	Mensual	P	INGENIERA HSEQ					1				1				1				1			
			E						1				1											
	Verificar																							
8	Cálculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
	Actuar																							
9	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								

10	Ejecución plan de acción	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
SUBTOTAL SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO AUDITIVO			P	Programadas	3				4				5				4				4			
			E	Ejecutadas	3				4				5				0				0			

3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

3.1. MEDICINA PREVENTIVA

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Medicion de iluminacion	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
2	Medicion de ruido	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
3	Entrega de informes	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
4	Plan de accion a recomendación	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
5	Socialiazacion de los resultados al COPASST	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
SUBTOTAL MEDICINA PREVENTIVA			P	Programadas	0				0				0				0				0			
			E	Ejecutadas	0				0				0				0				0			

4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

4.1. PROGRAMA DE INSPECCIO

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inspecciones Gerenciales	Semestral	P	INGENIERA HSEQ													1							
			E																					
2	Inspecciones locativas	cada 4 meses	P	INGENIERA HSEQ				1																1
			E					1																
3	Inspección de botiquines	cada 4 meses	P	INGENIERA HSEQ				1																1
			E					1																
4	Inspección de extintores	cada 4 meses	P	INGENIERA HSEQ				1																1
			E					1																
5	Inspecciones de orden y aseo Campaña	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1				1					1							
			E					1				1												
6	Inspecciones de orden y aseo (Verificación de Ejecución))	mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
SUBTOTAL PROGRAMA DE INSPECCIONES			P	Programadas	5				2				1				3				4			
			E	Ejecutadas	5				2				1				0				0			

4.2. PROGRAMA DE EMERGENC

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Realización plan de emergencias	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Socializar plan de emergencias (Analisis de vulnerabilidad y Pons) Por medio de la induccion	Mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
Hacer																								
3	Preparación del simulacro con la brigada de emergencias	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
4	Realización de simulacro (evacuación, y traslado de herido)	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
3	Socialización del simulacro de evacuación: • Aspectos a mejorar • Incentivar que se vinculen a la brigada de emergencias	Anual	P	Brigadistas																				
			E																					
4	Inspecciones equipo de emergencias	Anual	P	Brigadistas				1																
			E					1																
Verificar																								
5	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ								1												1
			E									1												
6	Realización planes de accion de acuerdo a los resultados obtenidos por semestre	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ- Líder brigada												1								
			E													1								
Actuar																								
7	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Anual	P	INGENIERA HSEQ Líder brigada				1																
			E					1																
8	Realización planes de accion de acuerdo a los resultados obtenidos por semestre	Semestral	P	INGENIERA HSEQ- Líder brigada												1								
			E													1								
SUBTOTAL PROGRAMA DE EMERGENCIAS			P	Programadas	3				2				2				1				2			
			E	Ejecutadas	3				2				2				0				0			

4.3. PLAN DE MANTEMINIENT

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Elaborar o Actualizar Cronograma de mantenimiento	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
Hacer																								
2	Seguimiento del Registro de informacion en hojas de vida	mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1				1
			E					1				1				1								
Verificar																								
3	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								

3	Calculo y analisis de indicadores de gestion para el programa	Trimestral	E	INGENIERA HSEQ											1								
Actuar																							
4	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	Anual	P	INGENIERA HSEQ														1					
			E																				
5	Ejecución planes de acción	mensual	P	INGENIERA HSEQ				1				1				1				1			1
			E					1				1				1							
SUBTOTAL PLAN DE MANTENIMIENTO			P	Programadas	3				2				3				3				2		
			E	Ejecutadas	3				2				3				0				0		

4.4. PROGRAMA DE SUSTANCIAS QU

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Actualizar plan estratégico de manejo de sustancias químicas	N.A.	P	INGENIERA HSEQ				1											1					
			E					1																
2	Establecer objetivos y metas del programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
Hacer																								
1	Socializacion del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ																		1		
			E																					
2	Inventario de sustancias químicas	Anual	P	INGENIERA HSEQ														1						
			E																					
3	Localización de hojas de seguridad	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
4	Campaña de rotulado (envases no originales)	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
Verificar																								
5	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	Trimestral	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
Actuar																								
6	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
7	Ejecución plan de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
SUBTOTAL PROGRAMA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS			P	Programadas	1								3				2				4			
			E	Ejecutadas	1				0				3				0				0			

4.5. REINTEGRO LABORAL

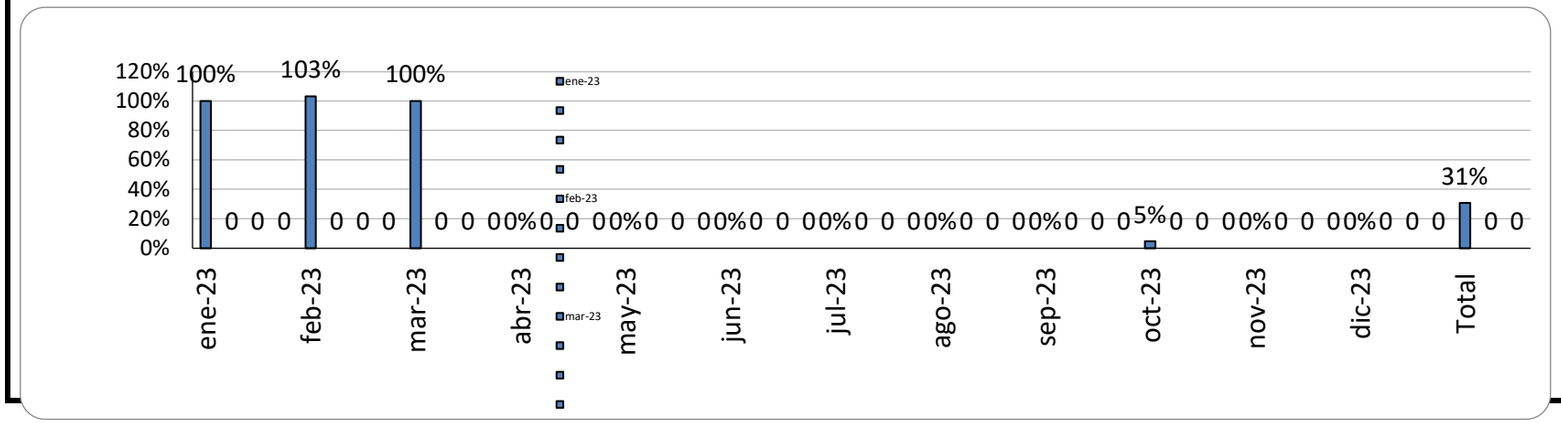
ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																					
2	Socialización del programa de reintegro laboral	Anual	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
Hacer																								
3	Socializacion del programa de rehabilitación y reincorporación.	Anual	P	INGENIERA HSEQ												1								
			E													1								
4	Inspección casos de reintegro	Anual	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																					
5	Inspección a casos reportados por rehabilitación y reicorporación	NA	P	INGENIERA HSEQ																				1

5	Inspección a casos reportados por rehabilitación y reincorporación	NA	E	INGENIERA HSEQ																			
Verificar																							
5	Cálculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ								1											
			E									1											
Actuar																							
6	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																			1
			E																				
7	Ejecución plan de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																			
			E																				
SUBTOTAL PROGRAMA REINTEGRO LABORAL			P	Programadas	0				1				1				2				3		
			E	Ejecutadas	0				1				1				0				0		

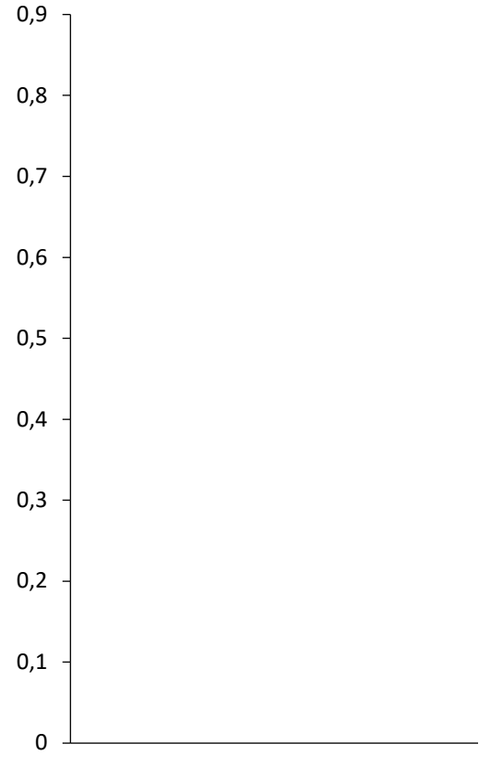
5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO

ITEM	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	P/E	RESPONSABLE	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planear																								
1	Ajustar objetivos y metas del programa	Anual	P	INGENIERA HSEQ				1																
			E					1																
2	Socialización del programa de saneamiento básico	Anual	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Hacer																								
1	Socialización del programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ													1							
			E																					
2	Seguimiento al cronograma de las Fumigaciones y lavado de tanques con Infraestructura	Semestral	P	INGENIERA HSEQ																				1
			E																					
3	Verificación de cumplimiento de cronograma de fumigaciones y lavado de tanques	Semestral	P	INGENIERA HSEQ																				
			E																					
Verificar																								
4	Calculo y análisis de indicadores de gestión para el programa	N.A.	P	INGENIERA HSEQ								1												
			E									1												
Actuar																								
5	Ajustes al programa de acuerdo a los resultados obtenidos	N.A.	P	INGENIERA HSEQ									1											
			E										1											
6	Propuesta de planes de acción	N.A.	P	INGENIERA HSEQ																1				
			E																					
SUTOTAL PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO			P	Programadas	1				2				1				2				1			
			E	Ejecutadas	1				2				1				0				0			

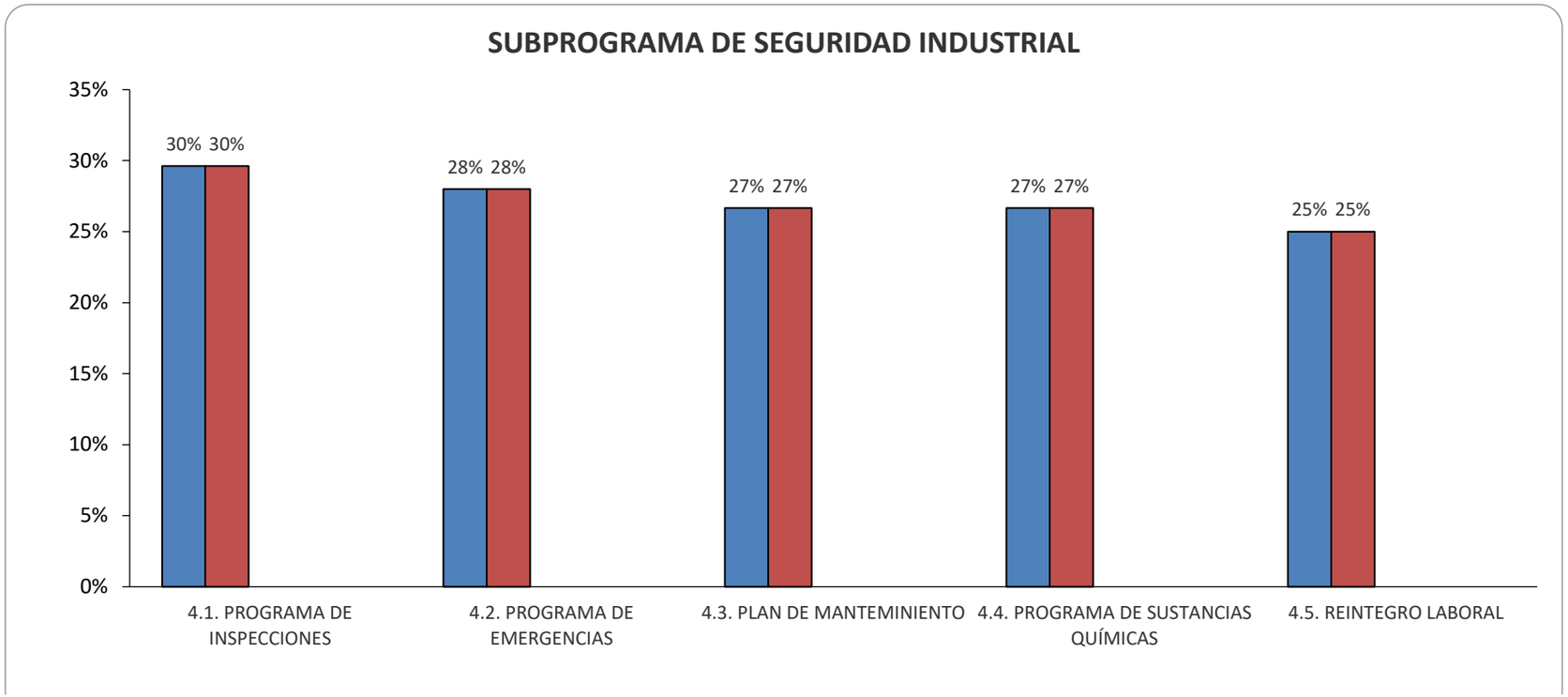
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23
Actividades Programadas	34	31	34	27	34
Actividades Ejecutadas	34	32	34	0	0
TOTALES	100%	103%	100%	0%	0%

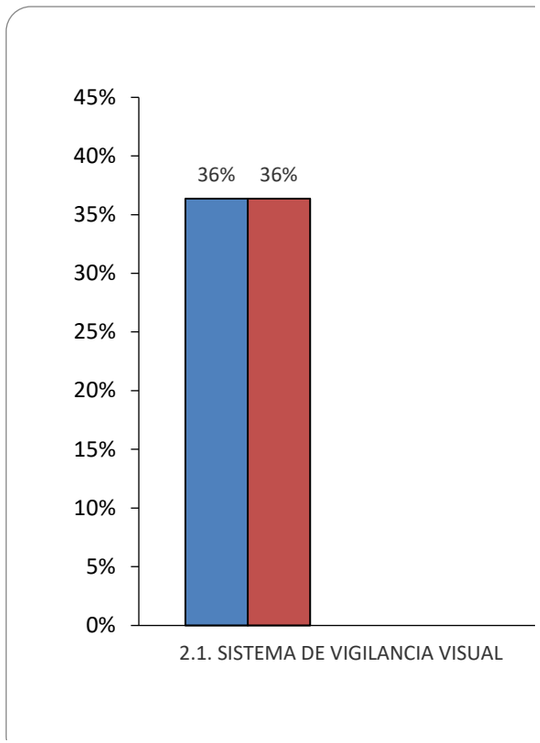
ILUSTRACIÓN GRÁFICA	PERIODO	ANÁLISIS DE TENDENCIAS
	ENERO	
	FEBRERO	
	MARZO	
	ABRIL	
	MAYO	
	JUNIO	
	JULIO	
	AGOSTO	
	SEPTIEMBRE	
	OCTUBRE	
	NOVIEMBRE	
	DICIEMBRE	
	TOTAL 2023	

PLAN DE TRABAJO ANUAL	META	RESULTADO
1. ADMINISTRACIÓN DEL SGSST	80%	32%
2. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	META	RESULTADO
2.1. SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL	80%	36%
2.2. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO PSICOSOCIAL	80%	38%
2.3. SISTEMA DE VIGILANCIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	80%	29%
2.4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES	80%	38%
2.5. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO BIOMECANICO	80%	35%
2.6. SISTEMA DE VIGILANCIA RIESGO AUDITIVO	80%	28%
2. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	80%	34%
3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	META	RESULTADO
3.1. MEDICINA PREVENTIVA	80%	0%
3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	80%	0%
4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	META	RESULTADO
4.1. PROGRAMA DE INSPECCIONES	80%	30%
4.2. PROGRAMA DE EMERGENCIAS	80%	28%
4.3. PLAN DE MANTEMINIENTO	80%	27%
4.4. PROGRAMA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	80%	27%
4.5. REINTEGRO LABORAL	80%	25%
4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	80%	27%
5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO	META	RESULTADO



5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO	80%	0%





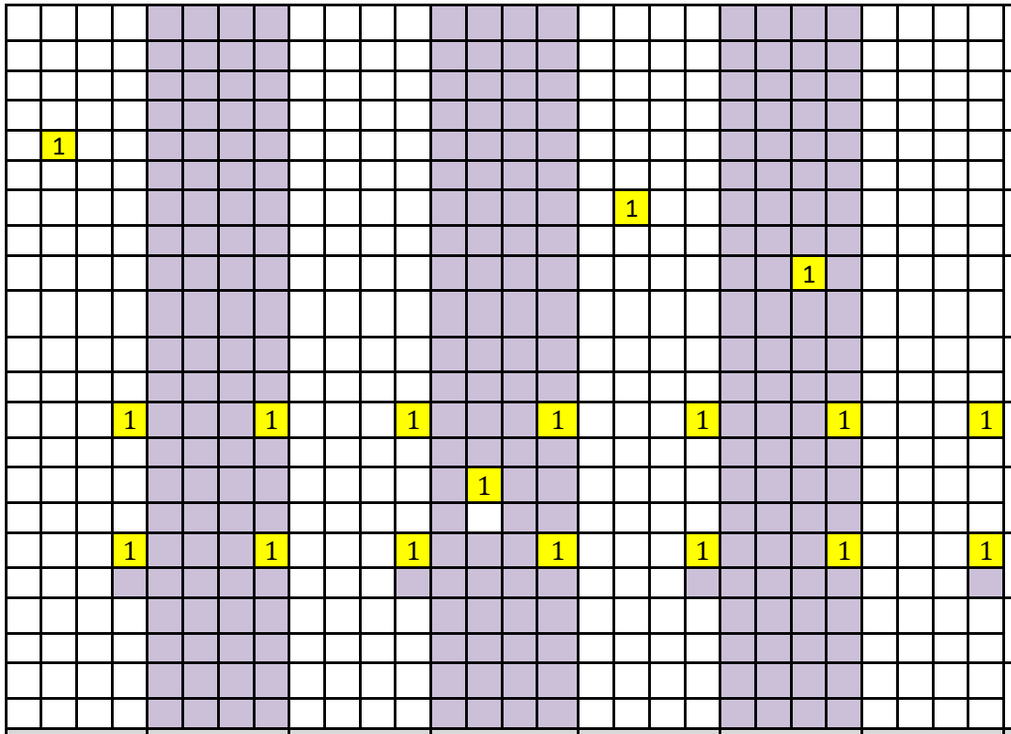
DE TRABAJO ANUAL

FECHA DE ACTUALIZACION: 01-08-2023	
1/12/2024	**PERIODO DE VIGENCIA:** **12 meses**

BIBIANA MORENO RAMIREZ

JANETT MORENO RAMIREZ

2023																									EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ST																												
																									1	1	100%
																									1	2	50%
			1				1				1				1				1				1				1	10	10%
			1												1												1	4	25%
								1																				2	50%
											1																	2	50%



1	1	100%
1	1	100%
0	1	0%
1	2	50%
0	2	0%
1	1	100%
3	12	25%
1	2	50%
2	11	18%
1	1	100%
1	1	100%

5	3	6	5	4	4	4	56	32%
0	0	0	0	0	0	0	18	

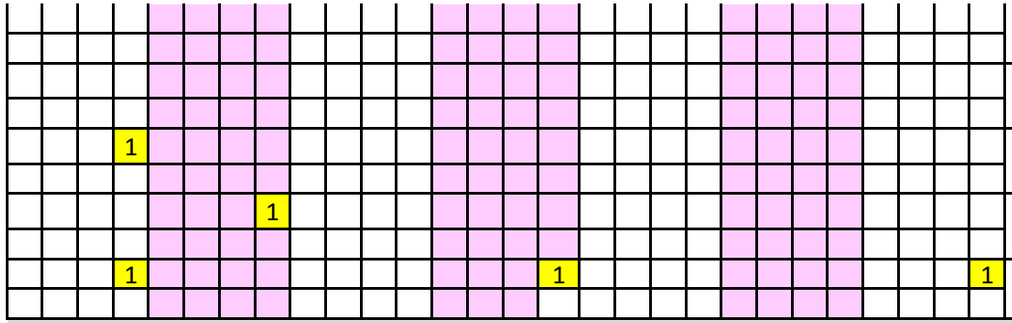
A Y DEL TRABAJO

SUAL

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																								1	1	100%
																								1	1	100%
																								1	1	100%
																								1	1	100%
	1																							0	1	0%
							1																	0	1	0%
											1													1	4	25%
																								0	0	#¡DIV/0!
							1											1						1	4	25%
											1								1					1	4	25%
			1												1								1	1	4	25%
2				2				2				1				1				2				1	22	36%
0				0				0				0				0				0				0	8	

SICOSOCIAL

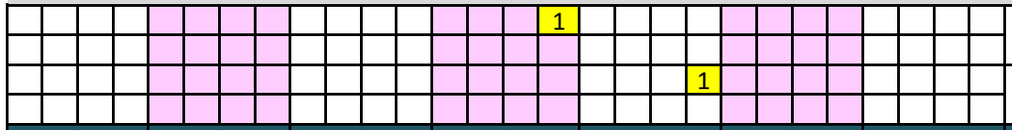
2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																								1	1	100%
																								1	1	100%



EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
0	1	0%
1	1	100%
0	1	0%
0	1	0%
1	4	25%



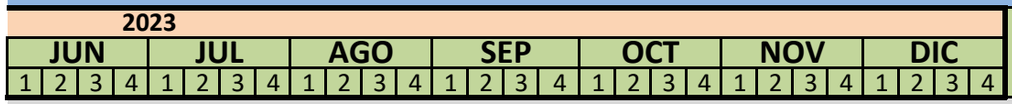
0	1	0%



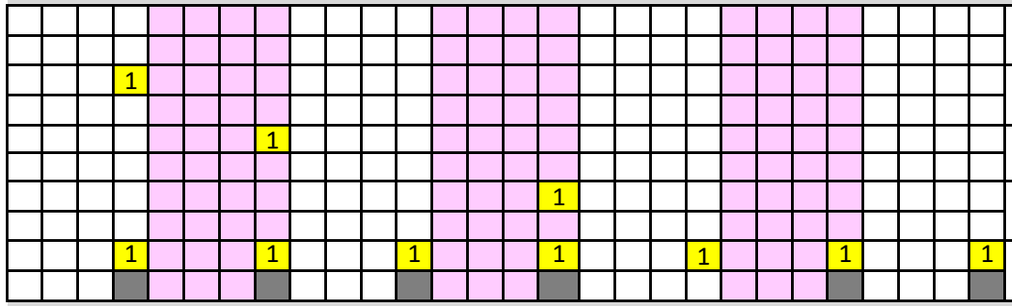
0	1	0%
0	1	0%

2	2	0	2	1	0	1	13	38%
0	0	0	0	0	0	0	5	

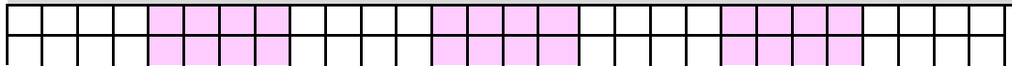
IDA SALUDABLE



EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
1	1	100%
1	1	100%



1	1	100%
0	1	0%
0	1	0%
0	1	0%
3	12	25%



1	1	100%

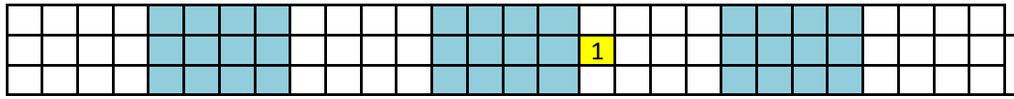
	0	3	0%
	3	12	25%
3 3 3 3 2 3 2	34		29%
0 0 0 0 0 0 0	10		

RMEDADES

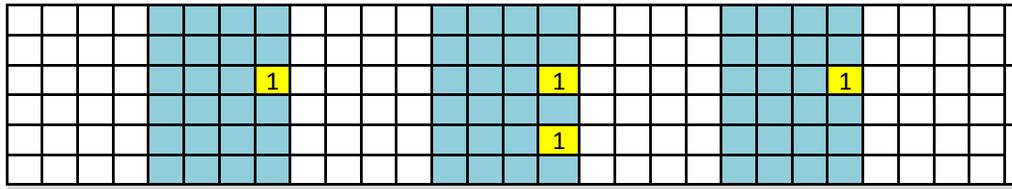
2023 JUN 1 2 3 4 / JUL 1 2 3 4 / AGO 1 2 3 4 / SEP 1 2 3 4 / OCT 1 2 3 4 / NOV 1 2 3 4 / DIC 1 2 3 4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
	1	1	100%
	1	1	100%
	1	1	100%
	0	1	0%
	1	1	100%
	1	4	25%
	3	12	25%
2 1 1 2 1 1 2	21		38%
0 0 0 0 0 0 0	8		

OMECANICO

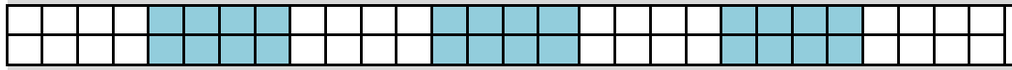
2023 JUN 1 2 3 4 / JUL 1 2 3 4 / AGO 1 2 3 4 / SEP 1 2 3 4 / OCT 1 2 3 4 / NOV 1 2 3 4 / DIC 1 2 3 4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
	1	1	100%
	1	1	100%
	1	1	100%



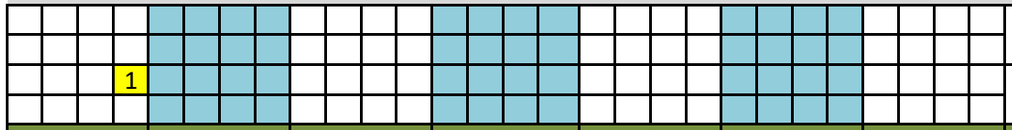
1	1	100%
0	2	0%



0	1	0%
2	6	33%
0	2	0%



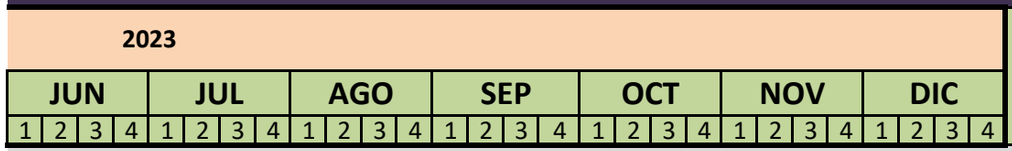
1	1	100%



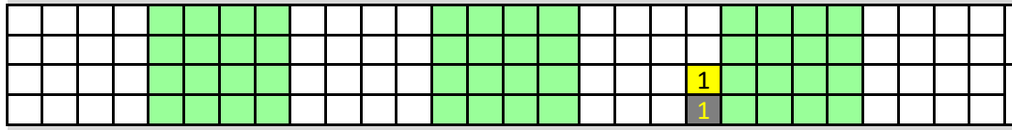
0	1	0%
0	1	0%

1	1	0	2	1	1	0	17	35%
0	0	0	0	0	0	0	6	

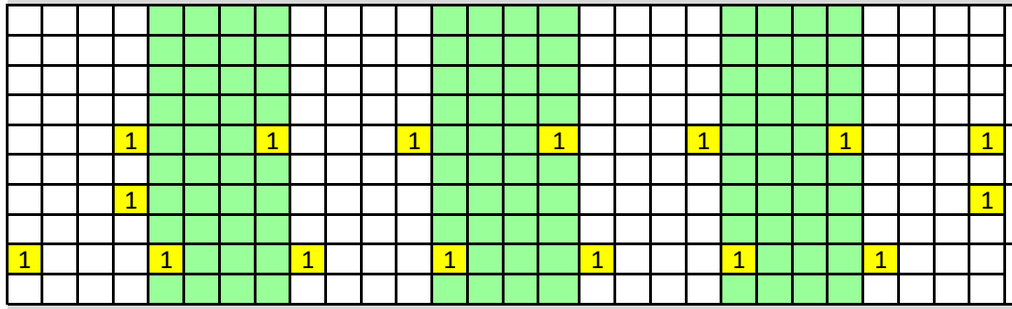
AUDITIVO



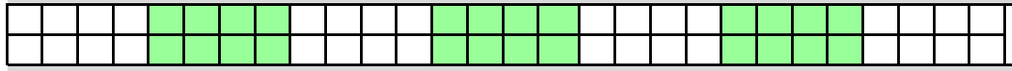
EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO



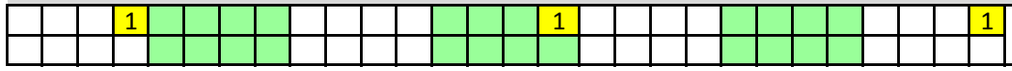
1	1	100%
2	2	100%



0	1	0%
0	1	0%
3	12	25%
0	2	0%
2	11	18%



1	1	100%



1	4	25%

| | | |

CIAS

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																												1	1	100%
			1				1				1				1				1				1				1	3	12	25%
			1																									0	1	0%
							1																					0	1	0%
								1																				0	1	0%
							1																					1	2	50%
											1												1					1	4	25%
			1												1												1	1	4	25%
																												1	1	100%
															1													1	2	50%
3				2				3				2				1				2				2				25		28%
0				0				0				0				0				0				0				7		

TO

2023																								EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
																												1	1	100%
			1				1				1				1				1				1				1	3	12	25%
			1												1													1	4	25%

																									1	4	25%
																									0	1	0%
			1				1				1				1				1				1		3	12	25%
3			2			2			3			2			2			3							30		27%
0			0			0			0			0			0			0							8		

UÍMICAS

2023 JUN 1	2	3	4	JUL 1	2	3	4	AGO 1	2	3	4	SEO 1	2	3	4	OCT 1	2	3	4	NOV 1	2	3	4	DIC 1	2	3	4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
																								1				1	3	33%
																												0	1	0%
																												0	1	0%
																												0	1	0%
																												0	1	0%
																												0	1	0%
			1										1											1				1	4	25%
																									1			1	2	50%
																												1	1	100%
1				0				0				1				0				0				3				15		27%
0				0				0				0				0				0				0				4		

2023 JUN 1	2	3	4	JUL 1	2	3	4	AGO 1	2	3	4	SEO 1	2	3	4	OCT 1	2	3	4	NOV 1	2	3	4	DIC 1	2	3	4	EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
																												0	1	0%
																												0	1	0%
																												1	1	100%
																												0	1	0%
																												0	1	0%

1	1	100%
0	1	0%
0	1	0%
8		25%
2		

BASICO

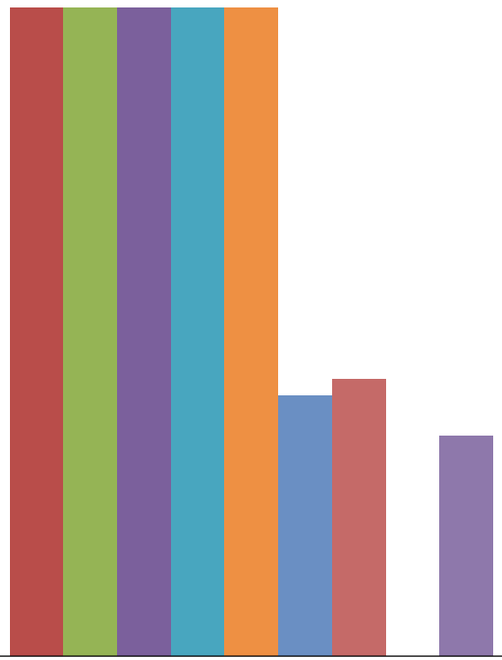
2023																							
JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

EJECUTADO	PROGRAMADO	% DE CUMPLIMIENTO
1	1	100%
1	1	100%
0	2	0%
0	2	0%
0	2	0%
1	1	100%
1	1	100%
0	1	0%
9		
4		

jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	Total
29	22	22	31	21	20	24	329
0	0	0	0	1	0	0	101
0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	31%

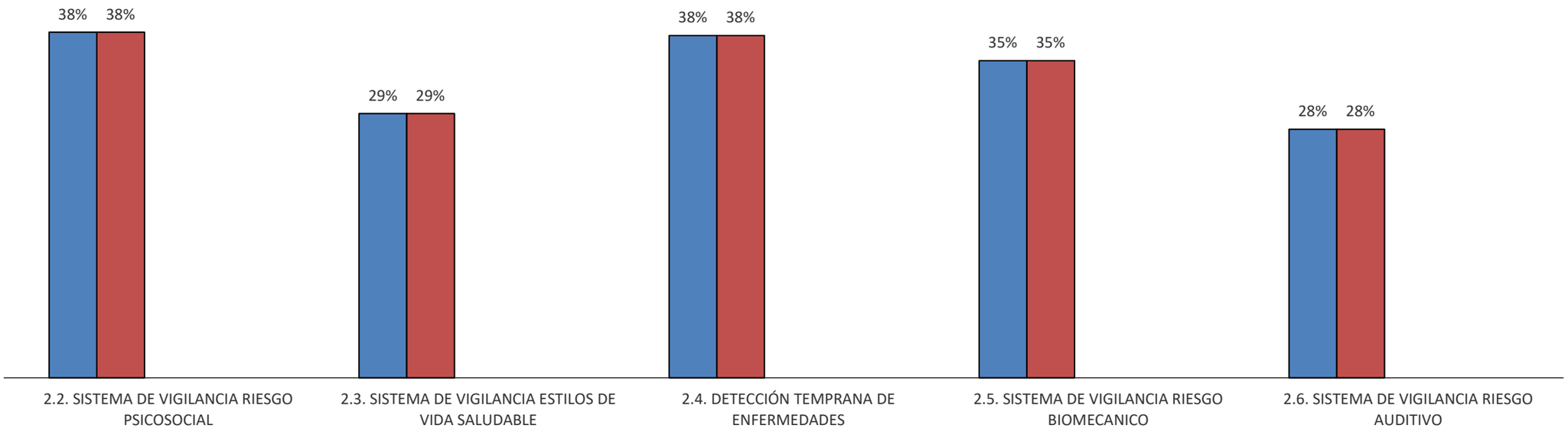
	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

GRAFICO GENERAL DEL SG-SST



1. ADMINISTRACIÓN DEL SGSST

SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO



CONVOCATORIA Y PARTICIPACIÓN ELECCIÓN DEL COPASST O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 7 SEPTIEMBRE DE 2023

En calidad de representante legal de la empresa **COASCON S.A.S.,** convoca a todos los trabajadores a participar de la elección de los miembros al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo o Vigía, según lo establecido en la Resolución 2013 de 1986. La votación se realizará el día 12 de SEPTIEMBRE de 2023, en la oficina principal calle 33 # 31-143.

Atentamente,



JANETT MORENO RAMÍREZ
Representante Legal

ACTA DE APERTURA DE ELECCIONES DE LOS CANDIDATOS PARA EL COMITÉ PARITARIO O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

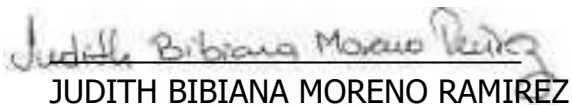
Vigencia del Comité del 12 DE SEPTIEMBRE DE 2023 al 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

En las instalaciones de la empresa **COASCON SAS** Siendo las 10:00 (horas) del día 12 de SEPTIEMBRE de 2023, se dio apertura al proceso de elección del **COMITÉ PARITARIO O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, de acuerdo a lo establecido en el Resolución 2013 del 6 de junio de 1986 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y al decreto 1295 de 1994, para el periodo comprendido, entre en Vigencia del Comité de SEPTIEMBRE DE 2023 a SEPTIEMBRE DE 2025.

En calidad de Jurados de Votación se nombró de manera paritaria a la señora:

NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	63484028

Firman:



JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ
C.C 63.484.028 de Bucaramanga

ACTA DE CIERRE Y ESCRUTINIO DE LAS VOTACIONES PARA ELECCIÓN DE INTEGRANTES PARA EL COPASST O VIGÍA

Siendo las 11:00a.m. del 12 DE SEPTIEMBRE DE 2023, se dio por finalizado el proceso de elección de los candidatos al Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo para el periodo comprendido entre el 12 SEPTIEMBRE DE 2023 al 12 SEPTIEMBRE DE 2025.

En presencia del jurado elegido en forma paritaria:

NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	63484028

Una vez realizada la elección, se obtuvieron los siguientes resultados, donde los trabajadores eligen como principal a:

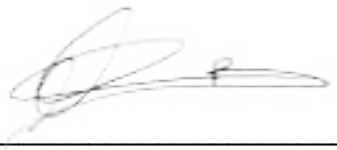
No.	Nombres y Apellidos	CEDULA	Cargo
1.	DOLY JOHANA JIMENEZ	37559609	Residente SISO IECC

y como suplente a:

No.	Nombres y Apellidos	CEDULA	Cargo
1.	OMAR CASTAÑEDA	1097890284	Arquitecto
2.			

Firman:





DOLY JOHANA JIMENEZ
C.C 37.559.609

OMAR CASTAÑEDA
C.C. 1097.890.284

ACTA No. 001

La Empresa **UNIÓN TEMPORAL TRETA C**, para dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2013 de 1986, modificada por el Decreto 1295 de 1994 emanados del Ministerio de Trabajo, ha determinado conformar el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST, Para la organización de este Comité el empleador ha asignado a:

Por parte del empleador:

Se designó como principal a:

No.	Nombres y Apellidos	Cargo
1.	JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF SST-HSEQ

Integrado el comité, se procedió de acuerdo a la Resolución 2013 de 1986 a nombrar un presidente con el objeto de mantener la coordinación, organización y mantenimiento del comité.

Una vez asignadas las personas, que van a ser cabezas visibles del Comité se procedió, a darle la instalación al mismo, para lo cual se hizo conocer lo establecido en la Resolución 2013 de 1986 como funciones principales que en ésta se establece para cada uno de los miembros, así como para el Presidente y Secretario; Así como las responsabilidades que estos tienen en dicho organismo.

OBJETIVOS DEL COMITÉ

Participar de las actividades del SG-SST Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y vigilar su desarrollo en la empresa.

RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ

Las siguientes son algunas de las responsabilidades del Comité de seguridad y Salud en el trabajo:

- Vigilar el cumplimiento del SG-SST Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Colaborar con el análisis de las causas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y proponer las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia.
- Visitar periódicamente los lugares de trabajo e inspeccionar la maquinaria y equipos con los cuales se realizan las labores diarias e informar sobre su estado y los posibles riesgos que estos generan con el fin de adoptar medidas correctivas.
- Servir como organismo de coordinación entre empleador y trabajadores en la búsqueda de las soluciones en lo que hace referencia a la seguridad y salud en el trabajo.
- Demás funciones que le señalen las normas sobre seguridad y salud en el trabajo.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE

- Presidir y orientar las reuniones del comité.
- Llevar a cabo los arreglos necesarios para determinar el sitio de las reuniones.
- Preparar los temas de cada reunión.
- Tramitar ante la dirección de la empresa las recomendaciones aprobadas en el seno del comité.

FUNCIONES DEL SECRETARIO

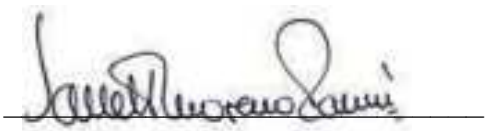
- Verificar la asistencia a las reuniones programadas.
- Tomar atenta nota de todos los temas tratados en cada reunión.
- Elaborar el acta de cada reunión y someterla a votación.
- Llevar el archivo referente a las actividades desarrolladas por el comité.

Con la creación del Comité de seguridad y salud en el trabajo se está dando cumplimiento a las normas legales vigentes en lo que a Seguridad y Salud en el trabajo se refiere.

INTEGRANTE DEL COMITÉ



JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ



JANETT MORENO RAMIREZ
Rep. Legal UT TRETAC

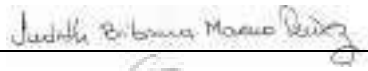
COAGCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	ACTA DE REUNIÓN			
	F-GI-128	VERSIÓN 1	FECHA DE ACTUALIZACION:21-07-2020	PAGINA 1 DE 1

☐	CAPACITACIÓN	X	OTROS

Fecha: OCTUBRE 12 de 2023 Hora de Inicio: 8:00 a.m. Hora de Terminación: 12:00m

Lugar: REUNION PRESENCIAL Pág.: 1 de 2 Acta No. 1

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	UNION TEMPORAL TRETA C	
2. OMAR CASTAÑEDA	UNION TEMPORAL TRETA C	
3.DOLY JOHANA JIMENEZ	UNION TEMPORAL TRETA C	
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

REUNION COPASST MES DE OCTUBRE DE 2023

1.Verificacion de Quorum-

2.Lectura del Acta Anterior

3.Seguimiento de actividades programadas y en ejecución del mes

4.Seguimiento de Accidente de trabajo y presentados en el mes e incapacidades

5.proposiciones y varios

DESARROLLO

1.Se determina verificación de quorum y se procede a la realización de la reunión.

2.Se realiza la lectura del acta anterior la cual se aprueba por unanimidad.

3.Se analiza el proyecto de la **"CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA."** con el desarrollo de actividades de seguridad y cumplimiento de los SG SST. Se desinstaló el antiguo cerramiento del colegio y se hizo el cerramiento perimetral nuevo por la carrera 8, carrea 9, calle 37 y calle 41.
Se hizo demolición del puente, demolición de campamentos antiguos, demolición de andenes carrera 9, replanteo según niveles de topografía, excavación conexión a gas, revisión de cajas alcantarillado y eléctricas.

4. -En este periodo se presentó 0 accidente laboral.

5. En proposiciones y varios se plantea:

-Se continúan con las medidas de autocuidado y se continua el control en obra con los protocolos de bioseguridad en el seguimiento de signos y síntomas y lavado de manos.

-Se hace seguimiento al plan de trabajo anual y al plan de capacitaciones.

-Se tuvo capacitación con la ARL HIGIENE POS

ACCIONES/COMPROMISOS	FECHA	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUMIENTO
Continuar los controles del SGSST	12/10/2023	Prof SST- HSEQ	13/11/2023
Continuar los controles del protocolo de Bioseguridad	12/10/2023	Prof SST- HSEQ	13/11/2023

Si en el término de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo de la presente acta, no se recibe ninguna observación al respecto, daremos por entendida su conformidad con el contenido de la misma.

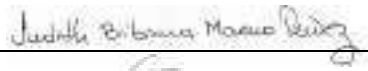
COAGCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	ACTA DE REUNIÓN			
	F-GI-128	VERSIÓN 1	FECHA DE ACTUALIZACION:21-07-2020	PAGINA 1 DE 1

☐	CAPACITACIÓN	X	OTROS

Fecha: NOVIEMBRE 13 de 2023 Hora de Inicio: 8:00 a.m. Hora de Terminación: 12:00m

Lugar: REUNION PRESENCIAL Pág.: 1 de 2 Acta No. 2

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	UNION TEMPORAL TRETA C	
2. OMAR CASTAÑEDA	UNION TEMPORAL TRETA C	
3.DOLY JOHANA JIMENEZ	UNION TEMPORAL TRETA C	
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

REUNION COPASST MES DE NOVIEMBRE DE 2023

1.Verificacion de Quorum-

2.Lectura del Acta Anterior

3.Seguimiento de actividades programadas y en ejecución del mes

4.Seguimiento de Accidente de trabajo y presentados en el mes e incapacidades

5.proposiciones y varios

DESARROLLO

1.Se determina verificación de quorum y se procede a la realización de la reunión.

2.Se realiza la lectura del acta anterior la cual se aprueba por unanimidad.

3.Se analiza el proyecto de la **"CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA."** con el desarrollo de actividades de seguridad y cumplimiento de los SG SST. Se tiene en avance las siguientes actividades de replanteo, compactación e instalación de bordillo, elaboración de canaleta, el cerramiento perimetral se hace mantenimiento constantemente, se realiza instalación de sardinel, sumideros. Avance de obra 33.77%

4. -En este periodo se presentó 0 accidente laboral.

5. En proposiciones y varios se plantea:

-Se continúan con las medidas de autocuidado y se continua el control en obra con los protocolos de bioseguridad en el seguimiento de signos y síntomas y lavado de manos.

-Se hace seguimiento al plan de trabajo anual y al plan de capacitaciones.

ACCIONES/COMPROMISOS	FECHA	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUMIENTO
Continuar los controles del SGSST	12/11/2023	Prof SST- HSEQ	13/12/2023
Continuar los controles del protocolo de Bioseguridad	13/11/2023	Prof SST- HSEQ	13/12/2023

Si en el término de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo de la presente acta, no se recibe ninguna observación al respecto, daremos por entendida su conformidad con el contenido de la misma.

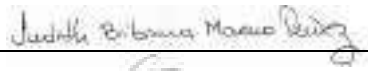
COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	ACTA DE REUNIÓN			
	F-GI-128	VERSIÓN 1	FECHA DE ACTUALIZACION:21-07-2020	PAGINA 1 DE 1

	☐ CAPACITACIÓN	X	OTROS

Fecha: DICIEMBRE 12 de 2023 Hora de Inicio: 8:00 a.m. Hora de Terminación: 12:00m

Lugar: REUNION PRESENCIAL Pág.: 1 de 2 Acta No. 3

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	COASCON SAS	
2. OMAR CASTAÑEDA	COASCON SAS	
3.DOLY JOHANA JIMENEZ	COASCON SAS	
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

REUNION COPASST MES DE DICIEMBRE DE 2023

1.Verificacion de Quorum-

2.Lectura del Acta Anterior

3.Seguimiento de actividades programadas y en ejecución del mes

4.Seguimiento de Accidente de trabajo y presentados en el mes e incapacidades

5.proposiciones y varios

DESARROLLO

1.Se determina verificación de quorum y se procede a la realización de la reunión.

2.Se realiza la lectura del acta anterior la cual se aprueba por unanimidad.

3.Se analiza el proyecto de la **"CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA."** con el desarrollo de actividades de seguridad y cumplimiento de los SG SST. La obra tiene un avance del 73%

Se tiene en avance las siguientes actividades de elaboración de canaleta, el cerramiento perimetral se hace mantenimiento constantemente, se realiza, contenedor de raíces, colocación de adoquín peatonal, de guía táctil y de alerta visual, se colocó formaleta para fundición de la escalera calle 41, , se hizo la excavación para la soterranización y la instalación de la tubería para red de comunicación, se instaló la caja F1 y caja de distribución vehicular RS3-004, se fundió la placa de la rampa de la carrera 8, se hicieron excavaciones manuales de terreno en todo el perímetro para la soterranización, para la red de 12" para canaletas, excavación en zanja para contenedor de raíces, excavación en zanja para red de 1 ½". Instalación de la tierra negra y grama dulce, instalación de postes, impermeabilización para contenedor de raíces, instalación de aguas lluvias carrera 8 y carrera 9.

4. -En este periodo se presentó 0 accidente laboral.

5. En proposiciones y varios se plantea:

-Se continúan con las medidas de autocuidado y se continua el control en obra con los protocolos de bioseguridad en el seguimiento de signos y síntomas y lavado de manos.

-Se hace seguimiento al plan de trabajo anual y al plan de capacitaciones.

ACCIONES/COMPROMISOS	FECHA	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUMIENTO
Continuar los controles del SGSST	12/12/2023	Prof SST- HSEQ	12/12/2023
Continuar los controles del protocolo de Bioseguridad	12/01/2024	Prof SST- HSEQ	12/01/2024

Si en el término de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo de la presente acta, no se recibe ninguna observación al respecto, daremos por entendida su conformidad con el contenido de la misma.

COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	ACTA DE REUNIÓN			
	F-GI-128	VERSIÓN 1	FECHA DE ACTUALIZACION:21-07-2020	PAGINA 1 DE 1

☐	CAPACITACIÓN	X	OTROS

Fecha: ENERO 12 de 2024 Hora de Inicio: 8:00 a.m. Hora de Terminación: 12:00m

Lugar: REUNION PRESENCIAL Pág.: 1 de 2 Acta No. 4

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	COASCON SAS	
2. OMAR CASTAÑEDA	COASCON SAS	
3.DOLY JOHANA JIMENEZ	COASCON SAS	
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

REUNION COPASST MES DE ENERO DE 2024

1.Verificacion de Quorum-

2.Lectura del Acta Anterior

3.Seguimiento de actividades programadas y en ejecución del mes

4.Seguimiento de Accidente de trabajo y presentados en el mes e incapacidades

5.proposiciones y varios

DESARROLLO

1.Se determina verificación de quorum y se procede a la realización de la reunión.

2.Se realiza la lectura del acta anterior la cual se aprueba por unanimidad.

3.Se analiza el proyecto de la **"CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA."** con el desarrollo de actividades de seguridad y cumplimiento de los SG SST. La obra tiene un avance del 90%

Se tiene en avance las siguientes actividades: finalización en la instalación de adoquín, sembrado de plantas menores, empradización, canalización para la soterranización, prueba de luminarias, instalación de canecas y bicicleteros, demarcación vial.

Se inicia suspensión de la obra el 28 de diciembre de 2023 por un término de 35 días, hasta el 31 de enero de 2024.

4. -En este periodo se presentó 0 accidente laboral.

5. En proposiciones y varios se plantea:

-Se continúan con las medidas autocuidado

-Se hace seguimiento al plan de trabajo anual y al plan de capacitaciones.

ACCIONES/COMPROMISOS	FECHA	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUMIENTO
Continuar los controles del SGSST	12/2/2024	Prof SST- HSEQ	12/1/2024
Continuar los controles del protocolo de Bioseguridad	12/02/2024	Prof SST- HSEQ	12/02/2024

Si en el término de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo de la presente acta, no se recibe ninguna observación al respecto, daremos por entendida su conformidad con el contenido de la misma.

COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	ACTA DE REUNIÓN			
	F-GI-128	VERSIÓN 1	FECHA DE ACTUALIZACION:21-07-2020	PAGINA 1 DE 1

☐	CAPACITACIÓN	X	OTROS

Fecha: FEBRERO 12 de 2024 Hora de Inicio: 8:00 a.m. Hora de Terminación: 12:00m

Lugar: REUNION PRESENCIAL Pág.: _1__ de _2__ Acta No. __5___

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	COASCON SAS	
2. OMAR CASTAÑEDA	COASCON SAS	
3.DOLY JOHANA JIMENEZ	COASCON SAS	
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

REUNION COPASST MES DE FEBRERO DE 2024

1.Verificacion de Quorum-

2.Lectura del Acta Anterior

3.Seguimiento de actividades programadas y en ejecución del mes

4.Seguimiento de Accidente de trabajo y presentados en el mes e incapacidades

5.proposiciones y varios

DESARROLLO

1.Se determina verificación de quorum y se procede a la realización de la reunión.

2.Se realiza la lectura del acta anterior la cual se aprueba por unanimidad.

3.Se analiza el proyecto de la **"CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS DEL ESPACIO PUBLICO, ADYACENTE A LA INSTITUCION EDUCATIVA CAMACHO CARREÑO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA."**
Se revisa el tema de la suspensión de la obra desde el 28 de diciembre de 2023 por un término de 35 días, hasta el 31 de enero de 2024, se genera la primera prórroga a esta suspensión por un término de 30 días quedando las fechas del 1 de febrero de 2024 al 1 de marzo de 2024.

4. -En este periodo se presentó 0 accidente laboral.

5. En proposiciones y varios se plantea:

-Se continúan con las medidas autocuidado

-Se hace seguimiento al plan de trabajo anual y al plan de capacitaciones.

ACCIONES/COMPROMISOS	FECHA	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUMIENTO
Continuar los controles del SGSST	12/3/2024	Prof SST- HSEQ	12/3/2024
Continuar los controles del protocolo de Bioseguridad	12/03/2024	Prof SST- HSEQ	12/03/2024

Si en el término de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo de la presente acta, no se recibe ninguna observación al respecto, daremos por entendida su conformidad con el contenido de la misma.

ACTA DE CONVOCATORIA PARA LA ELECCIÒN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

FECHA: 7 de Septiembre de 2023

En calidad de representante legal de la empresa **COASCON S.A.S.,** convoca a todos los trabajadores a participar de la elección de los miembros al Comité de convivencia laboral, según lo establecido en la Resolución 652 de 2012, Resolución 1356 de 2012, La votación se realizará el día 13 de SEPTIEMBRE 2023 en la oficina del campamento de la Obra de Espacio Público de la Institución Educativa Camacho Carreño.

Atentamente,



JANETT MORENO RAMÍREZ
Representante Legal

ACTA DE APERTURA, ESCRUTINIO Y CIERRE DE ELECCIONES DE LOS CANDIDATOS DE LOS TRABAJADORES PARA EL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Vigencia del Comité del 13 de Septiembre de 2023 al 13 de Septiembre de 2025.

.

En las oficinas administrativas de **COASCON S.A.S.**, Siendo las (2:00pm) del día 13 de Septiembre de 2023, se dio apertura al proceso de votación para la elección de los candidatos al **COMITÉ DE CONVIVENCIA**, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 652 del 30 de Abril de 2012 y a la resolución 1356 del 2012, del Ministerio de Trabajo, para el Periodo comprendido entre el 13 de Septiembre de 2023 al 13 de Septiembre de 2025.

En calidad de Jurado de Votación se nombró de manera paritaria a la señora:

NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	63.484.028

Siendo las (3:00 P.M.) del día 13 de Septiembre de 2023, se dio por finalizado el proceso de votación para la elección de los candidatos al Comité de Convivencia.

Una vez revisados cada uno de los votos se llevó a cabo el escrutinio y conteo obteniendo los siguientes resultados:

CANDIDATO	NUMERO DE VOTOS
Wilmer Eyezid Jaimes	10
Andrés Angarita	23
TOTAL VOTOS:	**33**

Nombres y Apellidos	Cédula Ciudadanía	Cargo	Categoría	
			Principal	Suplente
Andrés Angarita	1.098.741.012	Ing. Residente 2	**x**	
Wilmer Eyezid Jaimes	91.517.850	Arq. Residente		**x**

Siendo las 3:15pm. del 13 de de Septiembre de 2023, se da por terminada la reunión para votación y escrutinio del COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.

Damos constancia;

Firman:

Jurado de Votación

Representante Legal

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA
ACTA No. 001

En Bucaramanga, a los 13 días de Septiembre de 2023, siendo las 4:00pm, se reúnen el Representante Legal de la empresa Ing. JANETT MORENO RAMIREZ y los trabajadores, para conformar el **COMITÉ DE CONVIVENCIA**, dando así cumplimiento a las exigencias de : literal b del artículo 83 de la ley 9 de 1979, el numeral 7 del artículo 6del decreto ley 4108 de 2011, el artículo 14 de la resolución 2646 del 17 de julio de 2008,con lo dispuesto en los literales a y c del artículo 91 del decreto ley 1295 de 1994, modificado por el artículo 115 del decreto 2150 de 1995, ley 1010 de 2006, a la resolución 652 de 2012 y a la resolución 1356 del 2012, según lo dispuesto en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.. El período de los miembros del Comité es de dos (2) años.

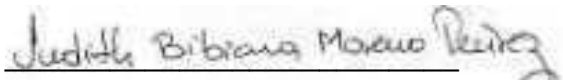
Se divulgaron las diferentes responsabilidades de cada representante al Comité.

El representante Legal de la empresa **COASCON S.AS.,** nombró a la siguiente persona, para representante del Comité:

PRINCIPAL
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ C.C. 63.484,028

No siendo otro el objeto de la reunión se da por terminada el día 13 de septiembre de 2023 siendo las 6:00 pm (hora).

Firman:



JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ
PRESIDENTE



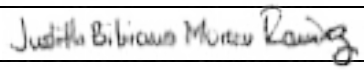
JANETT MORENO RAMIREZ
REPRESENTANTE LEGAL

☐ **CAPACITACIÓN** [x] **OTROS**

Fecha:12 de dic de 2023 Hora de Iniciación: 8:00am Hora de Terminación:12:00m

Lugar: IECC Acta No. 01

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1.ANDRES ANGARITA	COASCON S.A.S.	
2.WILMER EYEZID JAIMES	COASCON S.A.S.	
3.BIBIANA MORENO RAMÍREZ	COASCON S.A.S.	
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

TEMAS TRATADOS

1.Verificacion de Quorum

2.Seguimiento de actividades programadas y en ejecución del mes

3. Socialización de las funciones de los miembros del COVILA

4. proposiciones y varios

1. Procede a dar lectura al acta anterior quedando de acuerdo con lo que se leyó y verificando
los compromisos establecidos.
2. La estadística de casos presentados o reportados de acoso laboral, a la fecha es de 0
3. Se solicitó al prof. SST- HSEQ tramitar una charla acerca del respeto a la persona y al trabajo del otro y confianza en el compañero de trabajo, todo para mantener y cultivar el buen ambiente laboral
4. Se realizó el compartir de todos los trabajadores y contratistas de obra de la IECC
5. Se programa la realización de una cena navideña

ACCIONES/COMPROMISOS	FECHA	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUMIENTO
Reunión de COVILA	12/12/2023	Miembros del comité	12/12/2023

Si en el término de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo de la presente acta, no se recibe ninguna observación al respecto, daremos por entendida su conformidad con el contenido de la misma.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 22/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ELIAS GONZALEZ GUALDRON	
	Cédula: 91.279.026
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____22 de octubre de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ELIAS GONZALEZ GUALDRON	OPERADOR	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 19/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JEFERZON ANDRES LOPEZ	
	Cédula: 1.095.911.395
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, OBESIDAD

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Visitar al nutricionista por Obesidad Grado 1	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____19 de octubre de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JEFERZON ANDRES LOPEZ	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 18/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: MILTON DULFREY MURCIA	
	Cédula: 7.174.780
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____18 de octubre de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 03/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	
	Cédula: 1.098.775.092
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____03 de OCTUBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:25/04/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ANDRES DAVID ANGARITA	
	Cédula: 1.098.741.012
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

El trabajador es apto para realizar actividades, en la obra

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____25 de SEPTIEMBRE de 2023____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ANDRES DAVID ANGARITA	Ingeniero Residente	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 20/04/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JUDITH BIBIANA MORENO	
	Cédula: 63.484.028
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: NINGUNA

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____24 de JUNIO de 2023____

Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
BIBIANA MORENO R	COORD. ADMINISTRATIVA	
DOLY J. JIMENEZ	RESIDENTE SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:13/09/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: DANIEL ARAQUE	
	Cédula: 4207216
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS,

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____13 de NOVIEMBRE de 2023____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
DANIEL ARAQUE	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 24/04/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: DOLY JOHANNA JIMENEZ VARGAS	
	Cédula: 37559609
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, NUTRICION Y CONTROL POR HPA

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Compromiso continuar control de patología de HTA	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Compromiso visitar al Nutricionista	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____24 de AGOSTO de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
DOLY JOHANNA JIMENEZ	Residente SST	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**

1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 24/04/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JEREMIAS RODRIGUEZ	
	Cédula: 13828523
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: LEVANTAM CARGA NO MAYOR A 5 KG, VISITA PARA VALORACION MEDICA

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales LEVANTAM CARGA NO MAYOR A 5 KG,

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso estilo de vida saludable, dieta y ejercicio	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Visitar al médico para valoración por cirugía por Hernia Umbilical + Hernia Inguinal Derecha	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____24 de JUNIO de 2023_____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JEREMIAS RODRIGUEZ	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 14/12/2022	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: OMAR ALFONSO CASTAÑEDA	
	Cédula: 1097890284
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

El trabajador es apto para realizar actividades, en la obra

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____14 de diciembre de 2022____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
OMAR ALFONSO CASTAÑEDA	Arquitecto de Obra	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 19/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JEFERZON ANDRES LOPEZ	
	Cédula: 1.095.911.395
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, OBESIDAD

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Visitar al nutricionista por Obesidad Grado 1	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____19 de octubre de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JEFERZON ANDRES LOPEZ	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 18/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: MILTON DULFREY MURCIA	
	Cédula: 7.174.780
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____18 de octubre de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
MILTON DULFREY MURCIA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 04/09/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: CARLOS IVAN RAMOS OSUNA	
	Cédula: 1.063.619.204
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____04 de NOVIEMBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
CARLOS IVAN RAMOS	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 04/09/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: CESAR OLIVAREZ BARAJAS	
	Cédula: 91.349.112
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____04 de NOVIEMBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
CESAR OLIVAREZ	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 05/09/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ELMER ARVEY OLIVAREZ	
	Cédula: 1.102.381.340
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____05 de NOVIEMBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ELMER ARVEY OLIVAREZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 03/08/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	
	Cédula: 1.098.775.092
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____03 de OCTUBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JORGE ALEXIS RODRIGUEZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 05/09/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: VICTOR MANUEL OLIVAREZ	
	Cédula: 91.348.558
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____05 de NOVIEMBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
VICTOR MANUEL OLIVAREZ	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 24/03/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JOHN MANUEL RODRIGUEZ MORENO	
	Cédula: 1101695171
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

El trabajador es apto para realizar actividades, en la obra

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____24 de MAYO de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JOHN MANUEL RODRIGUEZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 29/09/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: LEIDY NATHALY LIZCANO	
	Cédula: 1.095.837.796
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____29 de NOVIEMBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
LEIDY NATHALY LIZCANO	AUXILIAR ALMACEN	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 04/10/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: LEONARDO CACERES	
	Cédula: 1.064.837.365
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____04 de DICIEMBRE de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
LEONARDO CACERES	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 07/11/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: CARLOS HUMBERTO JAIMES	
	C.C No: 91289948
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:
Fecha: _____07 ENERO DE 2023____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
CARLOS H. JAIMES	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:01/11/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: CARLOS ANDRES MANCILLA	
	Cédula: 1.045.228.124
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____1 de ENERO de 2024___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
CARLOS A. MANCILLA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

•

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 07/11/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ELIBARDO ROJAS SANCHEZ	
	Cédula: 1098286652
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:
Fecha: _____07 ENERO DE 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ELIBARDO ROJAS SANCHEZ	Ayudante	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:07/11/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JUNIOR MANUEL ROJAS	
	Cédula: 5330270
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, OPTOMETRIA POR MIOPIA NO CORREGIDA

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Visita al optómetra por miopía no corregida	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____07 ENERO DE 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JUNIOR MANUEL ROJAS	Ayudante	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:01/11/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: LUIS EDUARDO GARCIA DIART	
	Cédula: 1.007.127.865
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, DISLIPIDEMIA Y OPTOMETRIA

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: ____01 de ENERO de 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
LUIS EDUARDO GARCIA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:24/10/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: MAURICIO ENRIQUE GUTIERREZ	
	Cédula: 79119191
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____25 diciembre de 2023____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
MAURICIO E GUTIERREZ	Oficial	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:09/11/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: MAURICIO PEÑA MUÑOZ	
	Cédula: 13.748.023
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____9 de ENERO de 2024___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
MAURICIO PEÑA MUÑOZ	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 02/11/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ELIXANDER DIAZ RAMIREZ	
	Cédula: 1.115.741.865
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____02 ENERO de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ELIXANDER DIAZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 08/11/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JOSE ALIRIO BARAJAS	
	Cédula: 13.536.385
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____08 de ENERO de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JOSE ALIRIO BARAJAS	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

COASCON

INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

INFORMACION ACTA DE SEGUIMIENTO

AUTO-REPORTE CONDICIONES DE SALUD

MES:

FECHA INGRESO	NOMBRES	CEDULA	CONTRATISTA	FECHA EXAMEN	FIRMA	OBSERVACIONES
25oct	Mauricio Gutierrez	79119191	Desid Sepulv.	24oct		
01 Nov	Carlos Mancilla	1045228124	Desid Sepulv	23-02		
01 NOV	Luis E. Garcia	1007127865	Desid Sepulv.	04-04		
02 NOV	Elixander Diaz	1115741865	Desid Sepulv.	01-11		
07 Nov	Elibardo Rojas	1098286652	Desid Sepulv	16-05		
07 Nov	Junior Rojas.	5330270PT	Desid Sepulv.	02-06		
07 Nov	Carlos H. Jaimes	91289948	Desid Sepulv	21-03		
08 Nov	José Alirio Barajas	13536385	Desid Sepulv	07-11		
09 Nov	Mauricio Perez Muñoz	13748023	Desid Sepulv	08-11		

Powered by CamScanner

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:07/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ALFREDO RAMIREZ BUSTOS	
	Cédula: 1.051.637.117
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS,

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo *seguimiento* en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____07 de FEBRERO de 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ALFREDO RAMIREZ BUSTOS	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:07/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: ALONSO DUARTE VELANDIA	
	Cédula: 91.498.907
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS,

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo *seguimiento* en 2 meses
Visitar al médico general para enviar a dermatólogo por Fibromatosis	Trabajador	Próximo *seguimiento* en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____07 de FEBRERO de 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ALONSO DUARTE VELANDIA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:07/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: DEIVIS MANUEL MENDIZ	
	Cédula: 1.066.513.197
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS,

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo *seguimiento* en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____07 de FEBRERO de 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
DEIVIS MANUEL MENDIZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:20/11/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JHON FREDY ORDUZ	
	Cédula:91.160.490
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: ____20_ de ENERO de 2024___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JHON FREDY ORDUZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:07/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JOSE FABIAN QUICENO	
	Cédula: 1.050.542.187
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS,

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo *seguimiento* en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____07 de FEBRERO de 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JOSE FABIAN QUICENO	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

•

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:07/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: LUIS ALBERTO CORTES	
	Cédula: 18188288
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS,

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo *seguimiento* en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____07 de FEBRERO de 2024____
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
LUIS ALBERTO CORTES	OFICIAL	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:20/11/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: MARLON HERRERA MARTINEZ	
	Cédula: 13.718.215
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: ____20_ de ENERO de 2024___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
MARLON HERRERA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

•

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 28/11/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: VIRGENID NAVARRO JIMENEZ	
	Cédula: 1.065.601.639
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:
Fecha: _____28 de ENERO de 2024___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
VIRGENID NAVARRO	OPERADORA	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha:14/11/23	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: WILLIAM QUIROGA MARIN	
	Cédula: 5.772.294
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas: USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, VISITAR AL MEDICO POR OBESIDAD GRADO 1 E HIPERTE4NSION DE NOVO

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Hábitos y Estilo de vida saludable	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses
Visitar al médico familiar por Hipertensión de Novo y nutrición por obesidad grado 1	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: ____14_de ENERO de 2024___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
WILLIAM QUIROGA MARIN	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

•

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 04/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: JOHN MANUEL RODRIGUEZ MORENO	
	Cédula: 1101695171
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

El trabajador es apto para realizar actividades, en la obra

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: _____04 de FEBRERO de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JOHN MANUEL RODRIGUEZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 05/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: LISBETH VALENTINA PONCE	
	Cédula: 1.095.910.136
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____05 de Febrero de 2023___
Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
LISBETH VALENTINA PONCE	AUXILIAR ALMACEN	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 21/12/2023	**Lugar: IE CAMACHO CARREÑO**
Nombre: EDILBERTO RODRIGUEZ RINCON	
	Cédula: 91.299.485
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. _Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 2 meses

III. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: _____21 de FEBRERO de 2024__

Lugar: IE CAMACHO CARREÑO

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
EDILBERTO RODRIGUEZ	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

-
-
-

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA DE APROBACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS**
1	21-07-2020	Inclusión acta de seguimiento a implementación de recomendaciones médicas de desempeño laboral.

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	Pausas Activas
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	El Cuadro Centro
Fecha	7 Septiembre 2023
Hora Inicial	2:00 PM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jeferson Lopez	1093911393	Oficial		
2	Milton Muñoz	1117494710	Ayud.		
3	Jorge Alexis Rodriguez	1016470092	Ayud.		
4	Elias Gonzalez	91249026	Retro Op		
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GS-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	Orden y Aseo en Obra
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	FE/ cuadro carreno
Fecha	6 Sep/ 2023
Hora Inicial	9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Olivares	91349112	Oficial		
2	Victor Olivares	91345557	Oficial		
3	Jeferson Lopez	1095911295	Oficial	Jeferson Lopez	
4	Elmer Olivares	1102381300	Ayud	Elmer Olivares	
5	Carlos Juan Ramos	1063614704	Ayudante		
6	Jorge Alexis Rodriguez	[illegible]	Ayudante		
7	Milton Murcia	91[illegible]780	Ayudante		
8	Elias Gonzalez	91749026	Retroexcav		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOHJ

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	96-SST
Tema	Reglamento de Trabajo
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	Cuadro Cameno
Fecha	7 Septiembre 2023
Hora Inicial	7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Olivares.	1113491L	Oficial		
2	Victor Olivares.	1113489359	Oficial		
3	Jeferson Lopez	1095.911595	Oficial		
4	Elmer Olivares.	1102.311504.	Ayudante		
5	Carlos Ivan Ramos	1063679204	Ayudante		
6	Jorge Alexis Rodriguez.	1063711047	Ayudante		
7	Milton Murcia.	1114249490	Ayudante		
8	Eliecer Gonzalez	1113799016	Retroexcavadora		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Importancia de la Hidratación
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: FE Cayacho (Arauca)
Fecha: 8 Sep 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Olivares	91349112	Operario		
2	Victor Olivares	91348335	Operario		
3	Jeferson Lopez	1095911395	Operario		
4	Eliver Arley Olivares	1102386300	Ayudante		
5	Carlos Juan Romero	1063619204	Ayudante		
6	Jorge Alexis Rodriguez	1096779987	Ayudante		
7	Milton Murcia	7174780	Ayudante		
8	Elias Gonzalez	91219076	Retroexcavadora		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DSM S

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: RIESGO PUBLICO
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores.
Lugar: T.E Cayudio Cerrejon
Fecha: 9 SEPTIEMBRE 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Arroyo	1.201.216			
2	Carlos Ivan	1067682014			
3	Angel Alexis Rodriguez	1006790942			
4	[illegible]	1-095.911.395			
5	Elvis Oliveros Martinez	1102.781.300			
6	Walter Mendoza	91.348.558			
7	Cesar Olivera Reyes	91.340.911			
8	Elvis Gonzalez	91279026			
9	Milton Murcia	1.114.750			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	USO EPPS
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores.
Lugar	Equipo Carrero.
Fecha	11 SEP 2023
Hora inicial	7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Olivares B.	91369112	al.		
2	Elvin Olivares Mantilla	1002 [illegible] 340	Ay		
3	Carlos Ivan	1063919284	Ay.		
4	Hilton Huicla	1.095.911.395			
5	[illegible]	1.095.911.395	Of		
6	Daniel [illegible]	[illegible]	Of		
7	[illegible]	[illegible]	Ay.		
8	Elias. Gonzalez.	91179620.	op.		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST		
Tema	Riesgo Mecánico.		
Objetivo			
Aplicación a	trabajadores.		
Lugar	FE Cantera Correo		
Fecha	12 SEP 2023	Hora inicial	7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhye a Rodriguez	1095 [illegible]	Auxiliar		
2	Milton Murcia	7 [illegible] 80	Auxiliar		
3	Daniel [illegible]	1 201 216	Op		
4	Elian Coronado	1 [illegible] 7 [illegible] 2 [illegible]	Operario		
5	CARLOS IVAN	1-636-1204	Op	CARLOS IVAN	
6	Natalia Lopez	CC 5.911.395	Op		
7	Cesar Alvarez Zuñiga	91 349112	Op.		
8	Victor Alvarez	91. 3 [illegible] 598	Op.		
9	Elmis Olivares Martinez	12 391 340	Op		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION	DOMJ	RESPONSABLE HSEQ	

Powered by CamScanner

OLBANISTO

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST.
Tema	USO TAPABOCAS.
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores.
Lugar	IE Conocito Cañón
Fecha	13 Sept. Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jherson [illegible]	1.095.911.395	Of		
2	[illegible] Bonilla	91244112	Of.		
3	Hilton Hurch	1174-180	A		
4	[illegible]	[illegible]	A	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	41.34.955	Of.	[illegible]	
7	Carlos Ivan	[illegible]	X	Carlos Ivan	
8	Elias. Gonzalez	91279.626	operario	[illegible]	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION [illegible]

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

TRETA C G

COA CON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	FENOMENOS NATURALES.
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	IE Colegio Comun
Fecha	14 Sept 2023
Hora Inicial	7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	LUIS A OLIVEROS	91355771	EXT		
2	Jorge A Palmuel	1095775092	Auxiliar		
3	Elmer Olivera Martinez	1102 781 780	A	Elmer Olivera	
4	Daniel Mercado	4 604 216	OF		
5	Cesar Oliveros Barajas	91 349112	Of.		
6	Hilton Murcia 7174 780		A		
7	Elias. Gonzalez	912790 CC	Operador	Elias.	
8	carlos Ivan	1062619219	GH	carlos Ivan	
9	Juan Cel Suarez	1096 [illegible] 660	[illegible]	Juan	
20					
12					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOUG

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento SG SST
Tema Material Formativo
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar IE Eduardo Carreño
Fecha 15 Sep 2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Johnson Lopez	1095.911.345	of.		
2	Victor Alvarez	91.348.558	of.		
3	Hilton Murcia	7174780	of.		
4	Daniel Alfonso	4201216	of.		
5	Jose A Rodriguez	1004673350	pint.		
6	Edgar Olivares Zambrano	91249112	Ob.		
7	Fran Orlando Martinez	1101791790	A		
8	Carlos Ivan	1063619204	XL	Carlos Ivan	
9	Elian Gonzalez	91279526	Aprend.		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Dia Internacional de la Preser. de la Capa de Ozono.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: FE Cavadus. Cameno.
Fecha: 16 Sept 2023 — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1		1 001 216	OP		
2	Victor Manuel Olivarez	91.248.558	OP		
3	Elias Gonzalez	91739016	Ayud		
4	Residente Sepulveda	13862795	Ayudante		
5	Elmer Olivarez	1002581300	Ayud.		
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Orden y Aseo en Obra — IBUAGUE (Social)
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Fte/ cuadro carreno
Fecha: 6 sep/ 2023 — Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Olivares	91349112	Oficial		
2	Victor Olivares	91340557	Oficial		
3	Jefferson Lopez	1095911295	Oficial	Jefferson Lopez	
4	Elmer Olivares	1102381300	Ayud	Elmer Olivares	
5	Carlos Juan Ramos	1063619704	Ayudante		
6	Jorge Alexis Rodriguez	[illegible]	Ayudante		
7	Milton Murcia	91347780	Ayudante		
8	Elias Gonzalez	91749026	Rehocesav		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOHJ
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Golpes de Calor
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Lt 1 Cuadro Campo
Fecha: 28 Sept — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Carlos Ivan	1263620 M	X	CarlosIvan M	
2	Leonardo Caceres	1064877765	A	Leonardo C	
3	Edgar Gonzalez	91279076	Operador		
4	Jerson López	1095.911.395	of		
5	Jorge Alexis Pedraza	1095805662	Auxi		
6	Hilton Murcia	7174780	A		
7	Wilmer Arango	4 20 216	Of		
8	Jhon Olivares Martinez	1107 38140			
9	Jose Quintero	91349112	Of.		
10	Victor Olivares	91358553	of		
11	Jhon Moreno	1102693174	Of		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Dia Internacional de la Preserv. de la Capa de Ozono.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: IE Coviadus. Comeno.
Fecha: 16 Sept 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	4 001 246	OP	[signature]	
2	Victor Manuel Alvarez	91.248.558	OP	[signature]	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: [signature]
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: RUIDO - uso tapaoidos
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: I.E. Claudio Cameno.
Fecha: 13 September 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jeferson Gil	1.095.911.395	O-f		
2	Efren Gonzalez G.	91279078	Operador		
3	Daniel [illegible]	4-201 Up	Of		
4	Hilton Murcia	1711780	Of		
5	Mitur Olivares	91 348 559	Of		
6	Carlos Mario Bayuelo	91 349 112	Of.		
7	CARLOS IVAN	1063619205H	Y-	CARLOSIVAN	
8	Elver Olivares Hernandez	1102 581340		Elver Olivares	
9	Jorge A Rodriguez	1010[illegible]001	Auxiliar	[illegible]	
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Pausas activas
Objetivo: Trabajadores
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: El Cauchal Carmen
Fecha: 19 SEP | 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Murcia	1174780	A.		
2	[illegible]	91249112	Of		
3	[illegible]	1.095.911.395	Of		
4	Elkin Gonzalez G.	91279026.	Operario		
5	Elmer Chacon Mejia	1102 301 340			
6	[illegible]	4 281 206	Of		
7	Victor Olivares	91.348.558	Of.		
8	Carlos Ivan	1063619204	Ay		
9	Jorge A Rodriguez	1096773081	Auxiliar		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: JORNADA DE - CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS (SOCIAL)
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: E.E Capilla Campo
Fecha: 20 Septiembre/2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Murcia	7178780	X		
2	Elvia Oviedo Medina	1102381200	Auxiliar	Elvia Oviedo	
3	Jefferson [illegible]	1095911395	OP		
4	Carlos Ivan	1063619204	YY	Carlos Ivan	
5	Walter Olivares	91.369558	OP	Walter Olivares	
6	Edgar Alvarez	91369116	OP		
7	Elver Gonzalez	912490C6	Operario		
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOU J
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6-SST
Tema: RECIBIDO DE OBRA
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: I.E. Educativo Cormeto
Fecha: 21 SEPTIEMBRE 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Elvis Olivera Martinez	1102.281.240	Ay		
2	Oscar Alexander Barrios	91349112	Of.		
3	Victor Olivera	91.348.558	Of.		
4	Milton Murcia	1.194.780	A		
5	Elias Gonzalez	91.274.026	Operador		
6	Jeferson Lopez	1.095.911.395	O.F		
7	Daniel Villamizar	1.201.716	O		
8	Jaime A Rodriguez	1065.577.061	[illegible]		
9	Carlos Ivan	1065.609.204	[illegible]		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SGSST
Tema: Plan de Emergencia
Objetivo:
Aplicación a: trabajad.
Lugar: IE Claudia Cano.
Fecha: 23 SEPT / 2022 — Hora inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jorge A Rodriguez	1065[illegible]092	A.T.		
2	Hilton Murcia	71747[illegible]	A		
3	Leonardo Caceres 9	1064837365	AX	Leonardo	
4	[illegible]	1007[illegible]740		[illegible]	
5	Jose Olivera Barros	9164911[illegible]	01		
6	Hilton Olivares	91.348.558	OF.		
7	Carlos Ivan	1063619204	XV	Carlos Ivan	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
9	[illegible]	1015228124	[illegible]		
10	Garcia Luis	1007 123 [illegible]	A	Garcia	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Peligro. V/S. Riesgos.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: I.E Leonardo Lamento
Fecha: 22 Septiembre 2023 — Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Carlos Estevan	1062619201	K-9	Carlos Estevan	
2	Hector Olivares	91.548.559	Of.	Hector Olivares	
3	Milton Murcia	7174480	A		
4	Axel Chaves	[illegible]	Of.		
5	[illegible]	# 20[illegible]	Of		
6	[illegible]	1607[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	1095.98.395	Of		
8	[illegible]	[illegible]			
9	[illegible]	[illegible]	Auxiliar		
10	Elias Gonzalez G.	91.7402[illegible]	Operador		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Empatia y colaboracion.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: Consultorio Coagcon
Fecha: 26 SEPTIEMBRE 2023 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jorge A Rodriguez	1.065.600.[illegible]	Auxiliar		
2	Daniel [illegible]	1.207.216	A		
3	Milton Huicia	1.174.780	A		
4	Oscar Olivares	91.348.558	Of.		
5	Oscar Olivares B.	91.340.112	Of		
6	Elmer Olivares Profesional	1.102.340.340		Elmer Olivares	
7	Leonardo Cuevas	1.065.837.365	A	Leonardo C	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento
Tema: Limpieza y Desinfección
Objetivo
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Edificio Cañaveral
Fecha: 26 SEPTIEMB. Hora Inicial: 7:00

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Hilton Murcia	7174780	A		—
2	Jorge A Rodriguez	1098375092	Ay.		
3	Elias Gonzalez-	91279026	Operad		
4	Hernando Caceres	1064 87 363	A		
5	Jhon Jairo Murcia	1101.281.710			
6	Cesar Camilo	91.349.11	Ay.		
7	Jeferson Lopez	1.095.911.395	Ay		
8	Carlos Ivan	1062620	Ay.	Carlos Ivan	
9	Victor Olivera	91.348.530	Ay.		
10	Daniel Alfonso	91.201.216	Ay		
11	Jose Acuña	91.761.047	—		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: ENFERMEDAD LABORAL Y COMUN
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE Cayuco Comeso
Fecha: 27 SEP /2023 | Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Elmer Olivera Mojarro	1047461360			
2	Milton Hurtado	7174780.	A		
3	Cesar Olivera Burgos	91349112	of		
4	Carlos Ivan	10636204	Xy	Carlos Ivan	
5	Jhoiron Lopez	1.095.911.395	of		
6	Leonardo Caceres	1064937765	A	Leonardo	
7	Jorge A. Bustillo	1.064.877.042	Auxi		
8	Cesar Olivera	91.349.558	of		
9	Elkin Gonzalez	91279026	Operador		
10		4 20f 216	Of		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOU

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Evacuacion y Rescate
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores.
Lugar: IE Estadio Comeno
Fecha: 29 SEP/23 | Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Carlos Ivan	1063620H	X	Carlos Ivan	
2	Leonardo Caceres S.	1065[illegible]365	[illegible]	Leonardo C.	
3	Victor Olivarez	91.548.938	Of.	Victor Olivarez	
4	Johnson Lopez	1.095.911.395	Of		
5	Hilton Garcia	7174790	A		
6	Jose Chiquillo Bonilla	9134912	Of.		
7	Elian Gonzalez	91279026	Operad	Elian Gonzalez	
8	Jaime A. Rodriguez	1098[illegible]362	Auxiliar		
9	Jhon Alfredo	[illegible]86			
10	Elmer Chiquillo Martinez	1102[illegible]740		Elmer Chiquillo	
11	Garcia Luis	1064[illegible]865	A	Garcia	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOCUJ

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: CONFIANZA EN MI COMPAÑERO
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Casino Cenen
Fecha: 30 Sep/23 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	CARLOS IVAN	1063624			
2	[illegible]	9[illegible]89			
3	[illegible]	1064[illegible]365			
4	Maria Colmenares	60714419			
5	[illegible]	91287[illegible]42			
6	Hilton Murcia	1174480			
7	[illegible]	91[illegible]112			
8	[illegible]	1[illegible]740			
9	Jeferson Lopez	1.095.917.395			
10	Elvis Gonzalez	91279096	Operador		
11	Jorge Aveiga Rodriguez	[illegible]			
12	[illegible]	1098[illegible]518			
13	[illegible]	[illegible]			
14	[illegible]	[illegible]			
15	[illegible]	[illegible]			
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Pausas Activas.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Ciudad Bonita
Fecha: 02 OCTUBRE / 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
2	Julie A Rodriguez	1064873365	Aux		
3	Yilton Murcia	1102836	Aux		
4	Daniel Alfonso	1101716	Of		
5	Elizabeth Yomara Sinisterra	1002260857			
6	Elida Gonzalez	71279026	Operador		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	Uso Correcto del tapabocas.
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	Frente Cuadro Comedor
Fecha	03 OCTUBRE 2023
Hora Inicial	7:00 AM.

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	CARLOS IVAN	16636142 DH	K	CARLOS IVAN	
2	Brian Gonzalez	71274076	OP Ecol.		
3	Edwar Olivares Martinez	1101 [illegible] 760			
4	Hernando Cabrera G	1067972765	M	Hernando C	
5	Milton Murcia	7174780			
6	Jorge Alexis Sochacque	1016 [illegible] 5616			
7	Diego Alejandro	1[illegible] 5578	OL		
8	Daniel Rincon	1 [illegible] 206	OP		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOUG

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56 - SST
Tema: Pautas de Simulacro → Porque es Importante el Simulacro?
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Frente Cuarto Caseta
Fecha: 04 OCTUBRE — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	4 [illegible] 216	Of	[signature]	
2	Elmer Olivera Martinez	1007 781 749		Elmer Olivera.	
3	Carlos Ivan	1063619204	A	Carlos Ivan	
4	Victor Daniel	91.349.58	Of	[signature]	
5	Jorge Alexis Patiño	1[illegible]3500[illegible]	Auxiliar	[signature]	
6	Elpar. Consultoria	91274026	Operador	[signature]	
7	Eduardo Cuellar G	1064837365	M	Registrado c	
8	Edwin Lopez	1095.911.395	Of	[signature]	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: [signature]
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Importancia USO CASCO. y BALBUQUEO
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: Ee cavado | Cameo
Fecha: 03 OCTUBRE | 2023 — Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Hilton Murcia	1174182c	Aux		
2	David Alfonso	4 204 216			
3	Fernanda Cuevas	1064837365	M		
4	Jorge Alexis Rodriguez	1018775097	Auxiliar		
5	Carlos Ivan	1064819204	X		
6	Edwin Olivera Martinez	1117			
7	Victor Alvarez	91.348558	of		
8	Efra. Gonzalez	91279026	Operario		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6-JUT
Tema: BENEFICIOS AUXILIADO PERSONAL.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: I.E Conrado Cancho.
Fecha: 06 OCTUBRE — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Alcedo	1 201 216	SI		
2	Efrain Gonzales	1 91779026	operad.		
3	Efrain Lopez	1.095.911.395	OT		
4	Elmer Olivera Martinez	1152781160			
5	Leonardo Cacera S	1064837365	M		
6	Jorge Ayala Rodriguez	1006778041	Mecanico		
7	Carlos Ivan B	1063619204	A		
8	Joel Olivera B	91346111	OT		
9	Victor Olivera	91.348.558	OT		
10	Milton Murcia	1174780	A		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DCMJ
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST
Tema: Orden y Aseo en Obra
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: IE Cavacio Comeso.
Fecha: 7 OCTUBRE / 2023
Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1		4207278	O/		
2	Leonardo Caceres J	1064837365	H		
3	Hilton Murcia	7179780	A		
4	Victor Olivarez	91348558	Of.		
5	Carlos Ivan	1063620	X	Carlos Ivan	
6	Jorge Alexis Rodriguez	1064775091	H. Y Lic		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Herramienta y Equipo
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Cavada Carreño
Fecha: 9 Octubre
Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Leonardo Cabrera G	1064837365	A	Leonardo C	
2	carlos Ivan	1063619204	A	carlos Ivan	
3	Hilton Murcia	4174780	A		
4	Daniel Alzate	1.001.246	A		
5	Elias Gonzalez	91277026	aprend.		
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOWJ
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

SG-SST

Evento

Tema: Cuando asistir al medico por la ARL

Objetivo

Aplicación a: trabajadores

Lugar: Cavado Caneto

Fecha: 10 OCTUBRE | Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Oscar Olivares	91349112	Of		
2	Victor Olivares	C.C. 5428558	of.		
3	Oscar Olivares Martinez	1102831340			
4	Darwin Ibarra	4201716	A		
5	Milton Murcia	7174780	A		
6	Carlos Ivan	1067619204	A	CarlosIvan	
7	Leonardo cancino	1064837361	A	Leonardo C	
8	Elias Gonzalez	91279026	Operador		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOMJ

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Charla DIDACTICA - Salud Mental
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Cuarto Carrera
Fecha: 11 OCTUBRE

Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Moreno	1061695171	PyC		
2	Cesar Alvarez Borrero	91545116	OI		
3	Elmer Duarte Pinzón	1007781140		Elmer Duarte	
4	Victor Olivares	91548558	of		
5	Elian Gonzalez	91279026 P	aprendiz		
6	Carlos Ivan	1063619248	A	CARLOS IVAN	
7	Leonardo Cerera	1064837365	M		
8	Manuel Alfonso	91 201 216			
9	Heiver Lopez	1.095.911.395	o.f		
10					
11	Jose Adames	91482525			
12					
13	Silvero Bayona	91465696			
14	Hilton Murcia	91174780			
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST.
Tema: Compromiso Aseo, Respeto y Bienestar en obra conmigo mismo
Objetivo: y mis compañeros
Aplicación a: trabajadores
Lugar: T.E. Cayacho Carreño
Fecha: 12 OCTUBRE 2023 | Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Alfonso	4 [illegible] 216	G/		
2	Oscar Alvaro Reyes	91349112	OF		
3	[illegible]	[illegible]			
4	Leonardo [illegible]	1054877365	H		
5	Carlos Ivan	1062419204	A		
6	Milton Murcia	71744786	A		
7	[illegible]	[illegible]	A		
8	Elias Gonzalez	91277076.	operad.		
9	[illegible]	1.095.911.395	of		
10	Victor Olivares	91.348.558	of		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOHJ

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Lavado Manos
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Caudo Cuero
Fecha: 13 OCTUBRE — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Ronal Alfaro	420 716	Of		
2	Jhon Moreno	1104	Ayu		
3	Leonardo caicedo	1064 837 365			
4	Elmy Oviedo Martinez	1101 [illegible] 30			
5	Milton Murcia	7174780	A		
6	Oscar Alonso Bonilla	91344112	Of.		
7	carlos Ivan	1062619204	A		
8	Elias Gonzalez	9127962 6.	operador		
9	Wilfor Obregon	9. 348 578	of		
10	Jefferson Lopez	1.095-911.395	O.F		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Dia Internacional de la Preser. de la Capa de Ozono.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: FE Cavadus. Cameno.
Fecha: 16 Sept 2023 — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1		1 001 216	OP		
2	Victor Manuel Olivarez	91.248.558	OP		
3	Elias Gonzalez	91739016	Ayud		
4	Residente Sepulveda	13862795	Ayudante		
5	Elmer Olivarez	1002581300	Ayud.		
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento SG-SST
Tema JORNADA DE - CONSECUENCIAS DEL ESTRES (SOCIAL)
Objetivo
Aplicación a Trabajadores
Lugar
Fecha 20 Septiembre/2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Murcia	7175780			
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Limpieza y Desinfección — OBJETIVOS DE TRABAJO (SOCIAL)
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: Le Cuadro Campo
Fecha: 20 SEPTIEMB. — Hora Inicial: 7:00

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Hurtado	4174-740	A		—
2	Jorge A Rodriguez	1.061.737.007	A.I.		
3	Elias Gonzalez	41279026	Operad		
4	Armando Cardozo	1064 [illegible]	Ay		
5	[illegible]	1.117.281.710			
6	[illegible]	91.491L	Aux.		
7	Jhoyson [illegible]	1.095.911.395	Ay		
8	Gabriel Ivan	1062620[illegible]	Ay.	Gabriel Ivan	
9	[illegible] Olivares	91.9[illegible]	Ay.		
10	Daniel Villarroel	4 804 216	Op		
11	Jorge Acosta	91.[illegible]047	—		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DDHJ
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

SG-SST

Evento

Tema Uso Correcto del Tapabocas. - PREVENC. ENFERMEDADES (COVID)

Objetivo

Aplicación a trabajadores

Lugar Finca Cañada Carmen

Fecha 03 OCTUBRE 2023 Hora Inicial 7:00 AM.

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	CARLOS IVAN	1063619201	V	CARLOS IVAN	
2	Oliver Gonzalez	7127907A	OPE Ind.		
3	[illegible]	[illegible]			
4	Hernando caceres g	1064932365	M	Hernando c	
5	Hilton Hurtado	7174760			
6	Jose ARXIS [illegible]	[illegible]			
7	[illegible]	[illegible]	Of.		
8	Daniel [illegible]	[illegible]	Of		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOUG J

RESPONSABLE HSEQ T. SOCIAL

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

S6-SST

Evento

Tema Cuando acudir al medico por la ARL - LA PERSEVERANCIA (social)

Objetivo

Aplicación a trabajadores

Lugar Canada Cameno

Fecha 10 OCTUBRE Hora Inicial 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Oscar Olivares	CC 349114	Of		
2	Victor Olivares	CC 5482558	of		
3	Elmer Olivares Martinez	1067881340		Elmer Olivares	
4	Daniel Ibarra	4201716	A		
5	Milton Murcia	71747180	A		
6	Carlos Ivan	1067619204	A	Carlos Ivan	
7	Leonardo Cuevas G	1064837361	M	Leonardo C	
8	Elias Gonzalez	91279026	operador		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOMJ

RESPONSABLE HSEQ

T-8OCAN

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 86-SST
Tema: HIDRATACION
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cavadia Carreño
Fecha: 14 OCTUBRE 2023

Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
2	Carlos Ivan	1063619204	A	[signature]	
3	Leonardo [illegible]	1054877765	[illegible]	[signature]	
4	Hilton Musca	717A780	[illegible]	[signature]	
5	Elkin - Gonzalez -	7127902G	Ofic.	[signature]	
6	[illegible]	1121911	[illegible]	[signature]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
8	[illegible]	1116095137	AYC	[signature]	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOMT

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST
Tema: HIGIENE POSTURAL - postura
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Urb Conjunto camino
Fecha: 14 NOV 2023 | Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
2	Leonardo [illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION [signature]

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 86-581
Tema EMPATIA POR MI COMPAÑERO
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Hda. Coyuco Camino
Fecha 15 Nov /2023 Hora Inicial 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible] Dora Sanchez	1098736852	[illegible]		
2	Junior Rojas	53302249	AYUDANTE	JUNIOR	
3	Milton Murcia	1174780	Ayudante		
4	Leonardo Cacivea 9	1064832365	[illegible]	Leonardo C	
5	[illegible]	1101716	Op		
6	[illegible]	1095911395	of		
7	Elias Gonzalez.	91279026	operador	Elias Gonz	
8	[illegible]	79114191	oc		
9	[illegible]	1015228124	[illegible]		
10	Mauricio [illegible]	1121900921	oficial	Mauricio	
11	[illegible]	17536785	AYUDANTE	[illegible]	
12	[illegible]	1.36B779	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	91340112	[illegible]	[illegible]	
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Powered by CamScanner

URBANISMO

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: HIGIENE POSTURAL
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: edificio Camino
Fecha: 30 OCTUBRE /2023 — Hora inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	91346112	Of.		
2	[illegible]	4a348576	Of.		
3	[illegible]	1061781360	A		
4	[illegible]	1064929763	[illegible]		
5	Milton Murcia	71744780	[illegible]		
6	[illegible]	1095911395	[illegible]		
7	[illegible]	91346097	[illegible]		
8	[illegible]	1098018923	[illegible]		
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
11	[illegible]	1063619204	[illegible]		
12	[illegible]	91229243	OK		
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

URBANISMO.

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento SG-SST.
Tema Prevencion Infecciones y Virus x temporada lluviosa
Objetivo
Aplicación a trabajadores.
Lugar Cuadra Urbana
Fecha 31 OCTUBRE/2023 Hora Inicial 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	91346112	OF		
2	[illegible]	4.548.516	OF		
3	[illegible]	1061381310	A		
4	[illegible]	1064929763	M		
5	Milton Murcia	71747780	A		
6	[illegible]	1095.911.395	OF		
7	[illegible]	91364047	[illegible]		
8	[illegible]	1098618723	OF		
9	[illegible]	1063528771	A		
10	[illegible]	1007121565	A		
11	[illegible]	1063619204	A		
12	[illegible]	1123929403	OK		
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOUG RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 06_001
Tema CODIGO COLORES PARA RESIDUOS SOLIDOS
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Ciudad Campo
Fecha 9 Nov 2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	1064837365	A	[illegible]	
2	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
3	[illegible]	91549112	01	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	5330220	AYUDANTE	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION [illegible]

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento SG-SST
Tema Dia Mundial del Ahorro de Energia
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Salvador Cesar
Fecha 21 OCTUBRE Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Ospina Zapata	91549112			
2		1.098.901.746			
3	Leonardo Caceres	1004877363		Leonardo C	
4	Jairon Lopez	1.095.911.393			
5	Victor Olivares	91.358.658			
6	Elmer Olivares Martinez	1102361208			
7	Carlos Ivan	1063619204		Carlos Ivan	
8	Oscar Jaime	1102 casi 1			
9	Milton Murcia	7174780			
10	Elias Gonzalez	91279026	operador		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOU J

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 36-JST
Tema INGRESO OBRA — PODA y LIMPIEZA ARBOLES
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Cajuacho Cameno
Fecha 10 OCTUBRE — Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Trely Torres Rozo	1073234155	conductor		
2	William Rueda	91180077	Replicador		
3	Juan Aguirre	91514289	podador		
4	Maria Isabel Flores Pacheco	1098722371	Operario CGT		
5	Juan Hernando Granados Jaimes	13922934	Ing. residente		
6	Jhon Claude Becerra Flores	1020926621	Podador		
7	Victor Julian Diaz	13 777 929	operador Grua		
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

"SOCIAL"

Evento 86-SST

Tema CENTROS DE ATENCION MEDICA — Importancia Reconocer Oportunidades

Objetivo

Aplicación a trabajadores

Lugar Cawacho Cameno

Fecha 26 OCTUBRE 2023 — Hora Inicial 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Carlos Ivan	1063619204	A	Carlos Ivan	
2	Garcia Luis	1004121865	Of	Garcia Luis	
3	Ulber Olivares	91.316.578	Of	Ulber Olivares	
4	Jaterine Lopez	1.095.911.295	Of		
5	Oscar Olivera Barga.	91349112	Of		
6	Elmer Olivera Muñoz	1101181110	A	Elmer Olivera	
7	Milton Murcia.	1114-720	A		
8	Mauricio Gutierrez	79119191	SE		
9	Daniel Jaramillo	1.101.216	Of		
10	Leonardo Cuevas G	1064837363	M	Leonardo C	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05 | VERSION: 02 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-07-2020 | Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST.
Tema: EVACUACION Y RESCATE " MANEJO DEL CAOS " Social
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cavadho Carreño
Fecha: 09 NOV 2023 | Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	JUNIOR ROJAS	3330270	AYUDANTE	JUNIOR	
2		1015228124			
3		1001121565			
4		4127407 G			
5		1098286652			
6		91.945.550			
7		1 911 91 97			
8		1064837261			
9		91349112			
10		1174480			
11		4 CAT 216			
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

URBANISMO

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 06-SST
Tema: USO CORRECTO DEL CASCO. - (SOCIAL)
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: tauracho camero
Fecha: 17 OCTUBRE 2023 | Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Miguel Mendoza	4 907 776	of		
2	[illegible]	[illegible]			
3	Leonardo cuervo	1064 83 7365	m		
4	Plinio Gonzalez	91279076	operador		
5	[illegible]	4.7 [illegible]	of.		
6	Milton murcia	7174780	t		
7	[illegible]	9124012	ch		
8	[illegible]	1095 911395			
9	[illegible]	[illegible]			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: [illegible]
RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: REGLAMENTO DE TRABAJO EN OBRA.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Canada Conero
Fecha: 18 OCTUBRE 2023 — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	4.207.211	Of		
2	[illegible] Olivares	91348088	of		
3	Cesar Olivares Reyes	91349114	of		
4	Milton Murcia	7174780	A		
5	Elian Gonzalez	91219070	Oficial		
6	Junior Rojas	5330270	AYUDANTE		JUNIOR
7	Leonardo Cuellar	1.064.837.365	M		Leonardo
8	[illegible]	[illegible]			
9	Elmer Olivares Martinez	1.098.361.340			Elmer Olivares
10	Jeferson Lopez	1.095.911.395	Of		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-007
Tema: JORNADA DE GAS 5S
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cawatio canero
Fecha: 19 OCTUBRE — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Victor Alvarez	91.340.558	GE		
2	Leonardo Cacoro	1064837261	MI		
3	Jeferson Lopez	1.095.911.395	OF		
4	Elian Gonzalez	91279026	operario		
5	Edgar Arroyo Barrios	91349112	OF		
6	Yeimy Villarroso	91.804.216	OF		
7	Ethan Moreno	1106895171	Ote		
8	Elmer Olivella Montero	1067.781.340			
9	Hilton Murcia	1174.193	A		
10	Carlos Ivan	1063619204	A		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 86-007
Tema ENFERMEDAD COMUN Y LABORAL
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Ganado Carreño
Fecha 20 OCTUBRE 2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Olan [illegible]	1C-1694171	[illegible]	[signature]	
2	Edgar Olivares Lopez	91349112	Of	[signature]	
3	Elvis Olivos Martinez	1007361110		Elvis Olivos	
4	Edgar Olivares	91.348.558	of	[signature]	
5	Jeferson Lopez	1.095.911.395	Of	[signature]	
6	Carlos Ivan	1062619204	A	Carlos Ivan	
7	Leonardo Cocres G	1064837365	A	Leonardo C	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOLLY

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento SG-SST
Tema Dia Mundial del Ahorro de Energia
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Cañaveto Cerrero
Fecha 21 OCTUBRE

Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Cesar Ospina Zapata	91549112			
2		1C90[illegible]46			
3	Leonardo Caceres	1064837265		Leonardo C	
4	Jairzon Lopez	1.095.911.395			
5	Victor Olivares	91.316.658			
6	Elmer Ohlmert Martinez	1101[illegible]720		Elmer Ohlmert	
7	Carlos Ivan	1C636192O4		Carlos Ivan	
8	[illegible]	1101CASIO1			
9	Milton Murcia	7174780			
10	Elias Gonzalez.	91279026	operador		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOW J

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: JG-JUT
Tema: Cabeza de Color.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: FE Cruz Roja Comedo
Fecha: 23 OCTUBRE 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Leonardo Cuervo S	1064837367	M	Leonardo C	
2	Elias Gonzalez	91279076	Operador	Elias	
3	Victor Olave	9030685?8	O.	Victor Olave	
4	Milton Hurtado	7174780	AP		
5	J. Lerzan Lopez	1.095911.395	OT		
6	Daniel Bermudez	1.001'116	OT		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOU

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: ATS — Que es y porque de su importancia
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cawadul (Cauca)
Fecha: 24 Octubre/2023 — Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jeferson Lopez	1095911395	Oficial	Jeferson Lopez	
2	Elio Gonzalez	91279076	Operador		
3	Hilton Muñoz	9174780	Ayud		
4	Leonardo Cadores	1064837365	Ayud	Leonardo	
5	Victor Olivares	1548	Of		
6	Cesar Olivares	91349112	Of		
7	Elmer Olivares	1107381540	Ayud	Elmer Olivares	
8	Carlos Juan Ramos	1061819204	Ayud		
9	Daniel Alfonso Arroyave	4707216	Of		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DDMJ

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 06-OCT.
Tema Lluvias torrenciales
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Auxilio Comercio
Fecha 25 OCTUBRE 2023 Hora inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Victor Olivares	91368558	Of.	V Trabajador	
2	Milton Murcia	7174780			
3	Diego Aponte	1 204 216	Of		
4	Jeferson Lopez	1.095.911.395	Of		
5	Geovanny Polo	1.001.111.663		Geovanny	
6	Carlos Evan	1063619204		Carlos Evan	
7	Elvis Olivares	1102838360		Elvis Olivares	
8	Cesar Olivares	01340412			
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOM J

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

"SOCIAL"

Evento 86-SST
Tema CENTROS DE ATENCION MEDICA — Importancia Reconocer Oportunidades
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Casanare Comeno
Fecha 26 OCTUBRE 2023 — Hora Inicial 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	CARLOS IVAN	1063619204		CARLOS IVAN	
2	GARCIA LUIS	1004121865		GARCIA LUIS	
3	Victor Olivares	91.5[illegible]5		[illegible]	
4	[illegible]	1.095.911.395		[illegible]	
5	[illegible]	91349112		[illegible]	
6	[illegible]	1101381210		[illegible]	
7	Milton Muñoz	1117[illegible]720		[illegible]	
8	MAURICIO GUTIERREZ	79119191		[illegible]	
9	[illegible]	4[illegible]216		[illegible]	
10	[illegible]	1064837361		[illegible]	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: RIESGO MECANICO (Accidentes)
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar:
Fecha: 29 OCTUBRE 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Yonis Villa.	4.707.216	Of		
2	Victor Olivarez	94.548.558	Of		
3	Jeferson Tejera	1095.911.395	Of		
4	Jorge Olivera Burgos.	91349112	Of		
5	Elmys Olivera Medina	1102.851.210			
6	Milton Murcia.	1174780	A		
7	Leonardo Cuervo J	1064937363	A		
8	ELIAS Gonzalez	91279076	Operador		
9	MURCIA MIS	1007121615	GARCIA		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DCUJ

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 36 - 057
Tema TRABAJO EN EQUIPO
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar I.E. Colegio Comercio
Fecha 28 OCTUBRE 2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	CARLOS IVAN	1063619201	A	CARLOS IVAN	
2	Cesar Alcides Bayona	91349112	GF		
3	Victor Olivarez	91.210.530	OF		
4	Jeferson López	1.095.911.395	O.F		
5	MARIBIA CUTIERREZ	29119191	OF		
6	Camila Cortes	1011522614	A		
7	Garcia Luis	1061 127 965	A	GARCIA	
8	Leonardo Caceres	1064837763	M	Leonardo C	
9	Miguel Herrera	1.007.716	OF		
10	Milton Murcia	91.114.780	A		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOW J

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG - SST
Tema: Material Particulado
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Cayuco Corozo
Fecha: 02 NOV / 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Alfonso	1.102.[illegible].826	OP		
2	Gonzalo Luis	1003 [illegible] 865	OP		
3	[illegible] Cortés	1.[illegible]	[illegible]		
4	Hilton Murcia	[illegible]	[illegible]		
5	Mauricio Pons	1.049.96.657	[illegible]		
6	MAURICIO QUITIAN	79119191	OP		
7	Leonardo [illegible]	1.064.937.765	M		
8	Elmer Oliveros Molina	1.077.182.140		Elmer Oliveros	
9	Junior [illegible]	5.730.220	M	Junior	
10	[illegible]	1.063.619.204	OP	[illegible]	
11	Nelson Lopez	1.095.911.595	OP		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOYS

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 36 - SST
Tema: RUIDO
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Talleres Cabrero
Fecha: 01 Noviembre 2023 | Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utiliraran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1		4 807 216	O/P		
2	Jesus Lopez	1095.911.395	O-P		
3	Genesis Ivis	1007 VIT 665	A		
4	Marcelo Ardon	1045228121	A		
5	JUNIOR ROJAS	5330210	AYUDANTE		
6	Victor [illegible]	91.218.378	G		
7	Cesar Olivera Reyes	91 349112	O		
8	Leonardo Cacua 9	1054 877 263	H	Leonardo C	
9	JOSE [illegible]	9.[illegible]	—		
10	DANIEL IVAN	1063292012	A	CAPACITACION	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Lavado Correcto de Manos
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Claudio Caneto
Fecha: 03 NOV 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Junior ROJAS MANUEL	5330270	AYUDANTE	JUNIOR	
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	Milton Murcia	4174480	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
15	MAURICIO GUTIERREZ G.	79119191	[illegible]	[illegible]	
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW J
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Uso correcto EPP's
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: Cauchera Carreño
Fecha: 04 Nov | 2023

Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Oscar Alvarez Borjas	9134412	OF		
2	Elmer Olivera	1117781110		Elmer Olivera	
3	Victor Olivera	91.348.558	OF	Victor Olivera	
4	Jurigo Rojas	5330270	AUX		
5	Diana Alfonso	4 204 976	SI		
6	Milton Murcia	1-117-780	TA		
7	Carlos Ivan	1067619201	A	Carlos Ivan	
8	Elixander Diaz R	1.118.741865	AY	ENCARGADO	
9	Edwardo Rojas	1049726611	A		
10	Carlos Moreno	1007364714	OF		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento 06_2023
Tema CAPACITACION CONTROL PARA RESIDUOS SOLIDOS
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Cuadro Cantero
Fecha 7 NOV 2023

Hora inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION [illegible]

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56-SST
Tema: RESPETO ENTRE COMPAÑEROS
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Ciudad Campestre
Fecha: 8 Nov / 2023 — Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Murcia	7194782	A		
2	Victor Olivares	91.348578	OF		
3	Sandra Olivares Reyes	91.344112	OF		
4	Junior Rojas	5330270	AYUDANTE	JUNIOR	
5	Elian Gonzalez	91279026			
6	Daniel Alfonso	8207216	OF		
7	Jeferzon Lopez	1095.911.395	OF		
8	Leonardo Cabrera	1064837265	M	Leonardo C.	
9	Mauricio Gutierrez G	7911991	OF		
10	Ricardo Ruiz	1001121965	A		
11	Camilo Cortes	1045281211	A		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG J.

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05 | VERSION: 02 | FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020 | Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST
Tema: EVACUACION Y RESCATE
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cawacho Carreño
Fecha: 09 NOV 2023 | Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Junior ROJAS	5330270	AYUDANTE	JUNIOR	
2	Ronald	1075278124	A		
3	Garcia Luis	1001 121 565	A	Garcia	
4	Elias Gonzalez	912 7407 6	Operad		
5	Eduardo ROJAS Sanchez	1098286652	A		
6	J. Car Olivares	91.344.558	OP		
7	MAURICIO GUTIERREZ	+ 9 11 91 97	O I=		
8	Leonardo Caceres	1064 837 261	A		
9	Jose Alvaro	91349112	OP		
10	Hilton Hurtado	1174780	OP		
11		4 CUT 216			
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUJ

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: PRIMEROS AUXILIOS
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Yumbo Caucho Comercio
Fecha: 10 NOV 2023 Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1					
2	[illegible]	4 604 216	OP	[illegible]	
3	JUNIOR ROJAS	5350270	AYUDANTE	JUNIOR	
4	[illegible] Carlos	1045228124	A	[illegible]	
5	[illegible]	13536385	AYUDANTE	[illegible]	
6	[illegible]	1374809 2	OPERARIO	[illegible]	
7	[illegible]	1007171665	A	[illegible]	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: [illegible]

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Socialización, Manejo Productos Químicos y su Manejo
Objetivo:
Aplicación a:
Lugar:
Fecha: 11 NOV 2023 Hora Inicial: 2:00 PM

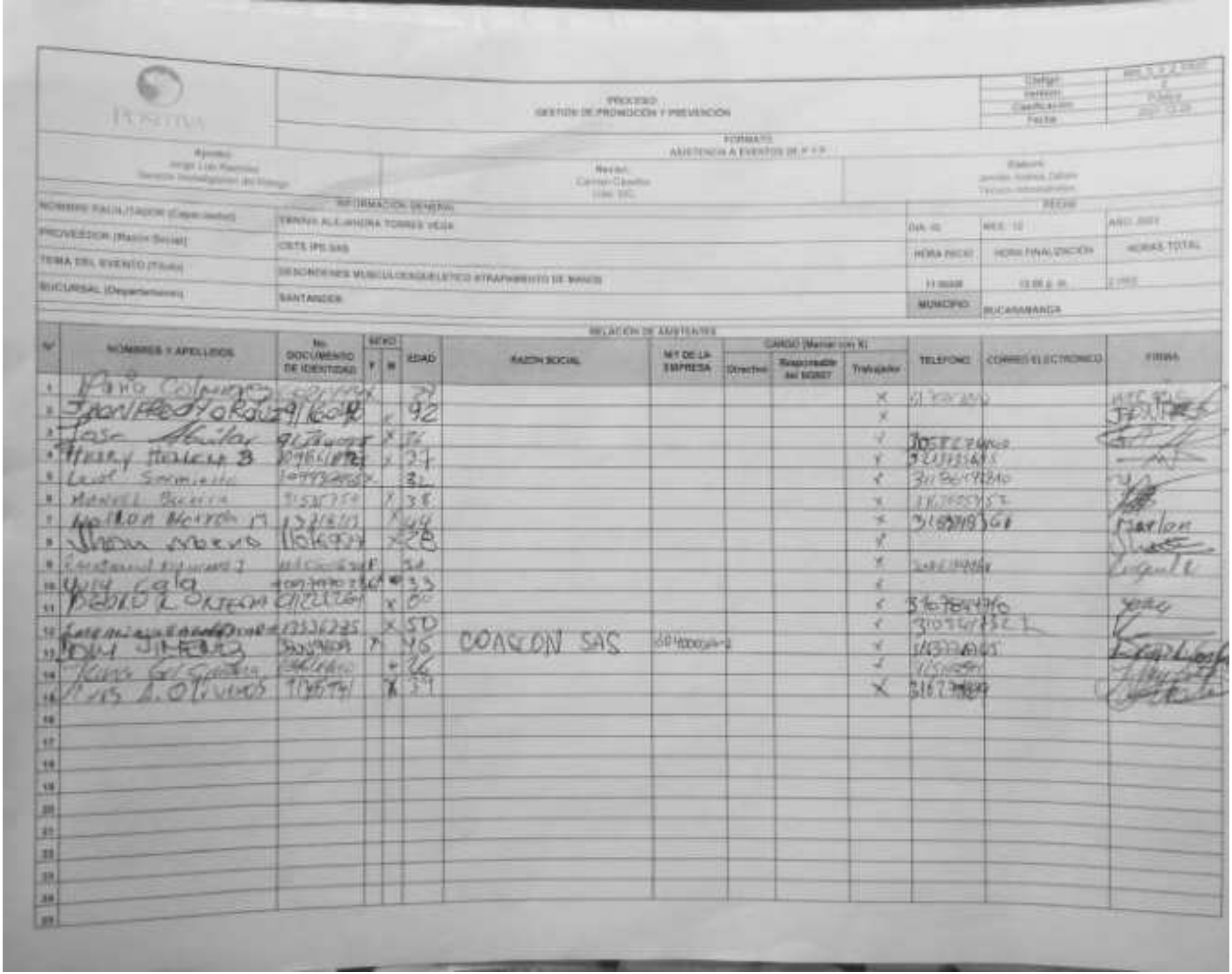
Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
2	Junior Rojas	5330270	Ayudante	Junior	
3	Mauricio Peña	13748092	Oficial	Mauricio	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	Milton Murcia	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	13536385	Ayudante	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner



PROCESO
GESTION DE PROMOCION Y PREVENCION

FORMATO
ASISTENCIA A EVENTOS DE P Y P

Aprobó: Jorge Luis Ramírez, Gerente Investigación del Riesgo	Revisó: Carmen Cifuentes, Líder SIG	Elaboró: Jenifer Andrea Cañón, Técnico Administrativo

INFORMACION GENERAL		FECHA		
NOMBRE FACILITADOR (Capacitador)	TANYA ALEJANDRA TORRES VEGA	DIA: 05	MES: 10	AÑO: 2021
PROVEEDOR (Razón Social)	CETE IPS SAS	HORA INICIO	HORA FINALIZACION	HORAS TOTAL
TEMA DEL EVENTO (Título)	DESORDENES MUSCULOESQUELETICO ATRAPAMIENTO DE MANOS	11:00AM	12:00 p. m.	1 HRS
SUCURSAL (Departamento)	SANTANDER	MUNICIPIO	BUCARAMANGA	

RELACION DE ASISTENTES

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO F	SEXO M	EDAD	RAZON SOCIAL	NIT DE LA EMPRESA	CARGO (Marcar con X) Directivo	CARGO Responsable del SGSST	CARGO Trabajador	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Maria Colmenares	[illegible]			37					X	[illegible]		
2	JAIME ROJAS	[illegible]		X	92					X			
3	Jose Avila	[illegible]	X		56					X	JOSE [illegible]		
4	Henry Herrera B	[illegible]	X		27					X	[illegible]		
5	Leidi Sarmiento	[illegible]			32					X	[illegible]		
6	Manuel Becerra	[illegible]		X	38					X	[illegible]		
7	Marlon Moreno	[illegible]		X	44					X	[illegible]	Marlon	
8	Jhon Moreno	[illegible]		X	28					X			
9	[illegible]	[illegible]			32					X	[illegible]		
10	Yuly Gaona	[illegible]			33					X			
11	PEDRO L. ORTEGA	CEDULA		X	60					X	[illegible]		
12	[illegible]	[illegible]		X	50					X	[illegible]		
13	JOHN JIMENEZ	[illegible]	X		46	COACON SAS	[illegible]			X	[illegible]		
14	Kiara Gil Garcia	[illegible]		X	26					X	[illegible]		
15	LUIS A. OLIVEROS	[illegible]		X	39					X	[illegible]		
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST
Tema: LA EMPATIA.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: Urb. Laguado Cancino
Fecha: 12 NOV 2023 — Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Murcia	1174780			
2	[illegible]	[illegible]			
3	[illegible]	[illegible]			
4	[illegible]	[illegible]			
5	[illegible]	[illegible]			
6	[illegible]	[illegible]			
7	[illegible]	[illegible]			
8	[illegible]	[illegible]			
9	[illegible]	[illegible]			
10	[illegible]	[illegible]			
11	[illegible]	[illegible]			
12	[illegible]	[illegible]			
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6-SST
Tema: COLABORACION Y CONFIANZA EN MI COMPAÑERO
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE cuadro Cañeño
Fecha: 13 Dic/2013 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Juan Moreno	16169517	AP.		
2	Guillermo Quiroga	5732294	LY		
3	JUNIOR ROJAS	5732023		JUNIOR	
4	SEBASTIAN RAMIREZ PRADA	1052622S	A		
5	MAURICIO SCHNEIDER	91191 91	OF		
6	Marlon Mcirre- Martinez	13716715	LY	Marlon	
7	[illegible]	1242413			
8	EDUARDO ROJAS SANCHEZ	1098796852	OFI		
9	Leonardo Cardoz	1064837365		Leonardo C.	
10	Garcia Rojas	1007213865		Garcia	
11	Mauricio Pena Muñoz	1274809 92	OP.	Mauricio	
12	Milton Murcia	1144A-180			
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 26-JUT
Tema: USO CORRECTO DEL TAPABOCAS
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Vr. Cañada Cameño.
Fecha: 14 Diciembre / 2023 — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	JUNIOR ROJAS	5330220	—	JUNIOR	
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
3	DENIS MANUEL MENDEZ	1065713197	AYU	[illegible]	
4	Alonso diante	91099404	AYU	[illegible]	
5	Daniel Alfonso	4204216	[illegible]	[illegible]	
6	MAURICIO GUTIERREZ G.	79191991	[illegible]	[illegible]	
7	Leonardo cabrera	1064937365	[illegible]	Leonardo C	
8	[illegible]	1374[illegible]92	[illegible]	[illegible]	
9	JHONFREDY ORTIZ	91160492	AYU	JHONFREDY	
10	[illegible]	1016051[illegible]	[illegible]	[illegible]	
11	Milton Murcia	4174480	[illegible]	[illegible]	
12	William [illegible]	5702796[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	1242413	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]	1[illegible]2361[illegible]	[illegible]	[illegible]	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOMJ

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020

Evento 86 - SST
Tema Día Velitas – La luz y su Representación Social
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Urb. Caucho Común
Fecha 07 DIC/2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, did

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma
1	José Agelor	91321092	—	
2	Mauricio Pena Muñoz	1324809	Op.	Mauricio
3	Alfredo Dominguez Rivas	1051057117		
4	Yenier Rojas	5330220	OFICIAL	SUPERVISOR
5	Luis Alberto Cely	1018822	Op	
6	Yaloura Duarte	91109407	AY	Yaloura
7	Denis Manuel	1066511197	Al	
8	Leonardo Caceres	1064837765	M	Leonardo C
9	Daniel Williams	4 204 216	O/	
10	Mauricio Quintero G	CC 1191911	Op	
11	WILMER (Rojas)	1098286553	—	
12	Marlon Moreno M	1121821215	AY	Marlon
13	Jhon Moreno	1069531711	A	
14	Jesus Tarazona	1124213		Jhon Moreno
15	Alfredo Ordoz	91160490	AY	
16	Carlos Moreno	1102364912	O	
17	Milton Murcia	4171780	A	
18	William Quiroga	57222494	A	Garcia
19	Garcia Luis	80712865	A	
20				
21				

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56-SST
Tema: USO TAPABOCAS
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: Orb/ Claudio Cameno
Fecha: 16 Nov 2023 — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	1352637	ayudante	[illegible]	
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
3	[illegible]	70119191	OF	[illegible]	
4	Milton Murcia	7174780	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	OF	[illegible]	
6	[illegible]	11227.948	OF	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	OF	[illegible]	
8	[illegible]	1374Bcqn	OF	[illegible]	
9	[illegible]	1064937365	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	9164112	OF	[illegible]	
11	[illegible]	1003 127 965	[illegible]	[illegible]	
12	[illegible]	1019.226.68	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	1015279124	[illegible]	[illegible]	
14	JUNIOR ROJAS	53302.30	AYUDANTE	JUNIOR	
15	Elias Gonzalez	91279026	Operador	[illegible]	
16					
17					
18					
19					
20					
21					

DOMJ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 36-SST
Tema: RIESGO MECANICO
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Urb. Conuco Carreño
Fecha: 17 NOVIEMB

Hora Inicial: 2023 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
4	Hilton Murcia	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
17					
18					
19					
20					
21					

DOC

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Golpes de Calor
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: Urb Caucho Carreño.
Fecha: 18-NOV-2023
Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Mauricio Peña	137[illegible]	OP.		
2	José Alirio Rondón Prada	13536[illegible]	AYUDANTE		
3	Wilmar Quiroga	5722294[illegible]	AY		
4	Wilson Murcia	4[illegible]480	AY		
5	Yenny Carreño	1[illegible]365	AY		
6	Edgar Alfonso Barrios	913491[illegible]	OF		
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
11	[illegible]	5330270	[illegible]		
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
13	[illegible]	91279026.	operador		
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

ESPACIO RECOMENDACIONES: DOU J

ESPACIO OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento SG-SST
Tema ENFERMEDAD COMUN Y LABORAL
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar 1E colegio Cameno
Fecha 20 NOV 2023 Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[signature]	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

DOHJ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 06-SST
Tema: Importancia de la Hidratación
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: Ubi Cavaco Carrero
Fecha: 21 Nov

Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Alfonso	4 207 06	OP		
2	Leonardo Calles	1064833265	A		
3	Junior [illegible] 2023	5370226	AYUDANTE		
4	Mauricio Bayamoz	132.480.92	OP		
5	William Arroyo	5 272 296	AY		
6	Marlon Hoyos	13 718 215	AYD		
7	Jhon [illegible]	1095911.395	AY		
8	JHONFRED ORDOZANAY	91100140	AX		
9	MAURICIO GUTIERREZ G.	79119191	OP		
10	Garcia Luis	1009 127 565	A		
11	Marcillo Ordo	1045760124	AY		
12	José Alirio Barajas	1536385	Ayudante		
13	Elias Gonzales	4127402	operador		
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

DOMJ

Powered by CamScanner

URBANISMO

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: ISO Correcto Uso
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: UAB Cuadro Cerro
Fecha: 22 NOV/2023 — Hora Inicial: 7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Efrain Lopez	1.095.911.395	OF		
2	Eugenio Perez Sanchez	1.093.796.611	Aux		
3	Jhon Mario	1.065.[illegible]71	Aux		
4	[illegible]	1.20[illegible]270	OF		
5	Elias Gonzalez	1127[illegible]026	Operario		
6	Mauricio Pena	1374[illegible]09	OF		
7	William Cruz	5[illegible]7[illegible]41	Aux		
8	[illegible]	13536395	Ayudante		
9	[illegible]	1001121.865	Aux		
10	[illegible]	1012[illegible]24	Aux		
11	Jupicod Rojas	53330270			
12	Mauricio Gutierrez	79119191	OF		
13	Leonardo [illegible]	1064[illegible]365	Aux		
14	Hilton Murcia	4174780	Aux		
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

[illegible] DOUJ

Powered by CamScanner

URBANISMO

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: CODIGO DE COLORES PARA RESIDUOS SOLIDOS
Objetivo: trabajadores.
Aplicación a:
Lugar: Urb. Comercio Carreño.
Fecha: 23 Nov / 2023
Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Alfonso	1 201 216	OF		
2	[illegible]	[illegible]			
3	Junior Pozos	5330210			
4	Mauricio Pena	1374809?	OF.	Mauricio	
5	Jhon Moreno	1106091171	AUX	Jhon Moreno	
6	William Pinzon	5727296	AY	William Pinzon	
7	Marlon Hernandez	13715215	Ay	Marlon	
8	Edith Gonzalez	91274026	Operario	Edith	
9	[illegible]	[illegible]	Ay	[illegible]	
10	Jherson Lopez	1095911395	OF	[illegible]	
11	Carlos Luis	1001127965	A	Carlos	
12	Leonardo Cuevas	1064837365	A	Leonardo C	
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

DOM J

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento S6-SST
Tema RIESGOS FISICOS
Objetivo
Aplicación a Trabajadores
Lugar Via Guacho Cameno
Fecha 24 NOV/2023

Hora Inicial 9:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jairo Alfonso	4 [illegible]	OP		
2	Marlon Herrera M	13 718 215	AY	Marlon HM	
3	Leonardo Caceres	1064 833 765	AY	Leonardo	
4	Mario Pena Muñoz	B248092	OP	Mario	
5	Pacheco Perez Carlos	C.098.706.082	OP		
6	Juan Moreno	Vallegas 1	AYU		
7	JHONFREDY ORDUZ	91160490	AY	JHONFREDY	
8	William Quiroga	5777294	AY		
9	Milton Murcia	7174780	AY		
10	[illegible]	(CV 7724121	AY		
11	Junior Rojas	5330220	AYUDANTE	JUNIOR	
12	Gracias Dios	1001021883	AY	Gracias	
13	Elias Gonzalez	91274026	Operador	Elias Gonzalez	
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

DOM O

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020

Evento: SG-SST
Tema: Accidentes con Herramientas
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Vda Cuadro Correo
Fecha: 25 Nov/2023 Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Daniel Alfonso	4 701 071	OF		
2	Marlon Hernandez M	13 718215	AY	Marlon H.M	
3	Leonardo Cancelas	1064837265	M	Leonardo	
4	Mario Pena Munoz	13248092	Of	Mario	
5	Pedro Dias Cuellar	1.090.706.057			
6	Jhon moreno	Vallesito	AY		
7	JHONFREDY ORDUZ	91160490	AY	JHONFREDY	
8	William Quiroga	5272294	AY		
9	Milton Murcia	1174780	AY		
10	[illegible]	[illegible]	AY		
11	Junior Rojas	5330270	AYUDANTE	JUNIOR	
12	Gracia 1415	1001121883	AY	Gracia	
13	Elias Gonzalez	91279026.	Operario	Elias Gonzalez	
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

DOM

Powered by CamScanner

URBANISMO

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento
Tema SST
Objetivo RESPETO ACOSO EL OTRO (SOCIAL)
Aplicación a trabajadores
Lugar Cavasco Cerrero
Fecha 28-NOV/2023

Hora Inicial 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Moreno	1[illegible]1	RV		
2	[illegible]	1[illegible]116	[illegible]		
3	Wilmer Bruno	52727911	Ay		
4	Jose Ariel Barrios Prada	13536385	Ayudante		
5	Junior Rojas	5330[illegible]	—		
6	Mauricio Pita	13748092	Of.		
7	Leonardo Cuevas	[illegible]	M	Leonardo C	
8	Oswaldo Gutierrez C.	79119191	Op		
9	Marlon Hoyos	13716715	Ay	Jhon Moreno H.	
10	Marcelo Cortes	1015[illegible]124	A		
11	Garcia Luis	1001[illegible]965	M		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOMO

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

URBANISMO

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: PREVENCION DEL DENGUE
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Urb. Carocha Cameño
Fecha: 29 Nov 2023

Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Milton Murcia	1174-780			
2	Jean Pierre	1106498171			
3	Daniel Alfonso	4 057 276			
4	Jupiter Rojas	5320220			
5	Marlen Teresa M.	13 715215	AY		
6	Carlos Mariana	1102262262	e		
7	Jhoan Lopez	1.095.911395	OF		
8	Eidaris Vega	1098726641			
9	Liliana Ruiz	57272961	AY		
10	Leonardo Cuellar	1065832265	LG		
11	Zoraida Barrios	1357G3825			
12	Yasmin Conto	1004276141			
13	Yencion Luis	1004112565			
14	SHONFREDY CRUZ	9160490	FY		
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: POM J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: La importancia del Cuidado Personal
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Vía | Cumaco Carmen
Fecha: 30 NOV | 2023

Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Junior Rojas	5330270		Junior	
2		1101691171			
3		1.040.78.765			
4		1.062.647.8			
5		1.112.64			
6	Milton Murcia	4.114.780			
7		4.931.215			
8		1.010.040.90			
9		1.001.1765			
10		79.119.91			
11		1.110.294			
12		1.010.[illegible]11			
13		911.7.11.16			
14		13.715.713			
15		1.095.911.395			
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

URBANISMO

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Uso Correcto de EPPS
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Urb. Cayuco, Carmen
Fecha: 02 Diciembre / 2023 — Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
2	[illegible]	[illegible]	—	[illegible]	
3	Mauricio Pena	1374[illegible]		[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
11	[illegible]	[illegible]	—	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020

Evento: 36 SST
Tema: Riesgo locativo, Orden y (Aseo)
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Urb Canada Coreno
Fecha: 04 DIC 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, did

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma
1	Jhon MORENO	1101695171	AyJ	Jhon Moreno
2	Leonardo [illegible]	1064637365	[illegible]	Leonardo C
3	Marlon Hurtado M	13716215	AY	Marlon
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	Luis Alb [illegible]	16188288	OF	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	Junior Rojas	5330220	[illegible]	Junior
8	Julian, Arroyo	5282941	Ay	[illegible]
9	Mauricio Pena	1274B092	OPi	Mauricio
10	Josefina Abantos	1557385	Ayudante	[illegible]
11	Alvaro GUTIERREZ G.	7711991	OF	
12	Daniel Alfonso	4 DF 96	[illegible]	[illegible]
13	Milton Murcia	7174780	[illegible]	[illegible]
14	Garcia Luis	1007 [illegible]	[illegible]	Garcia
15	[illegible]	[illegible]	A	[illegible]
16				
17				
18				
19				
20				
21				

RESPONSABLE CAPACITACION: DOUG

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020.

Evento SG-SST
Tema Centro de Atención Medico
Objetivo
Aplicación a trabajadores
Lugar Urb. Paraiso Comeyo
Fecha 05 Dic/2023 Hora Inicial 9:00am

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, did

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma
1	Jhon MORENO	1101695177	AyJ	Jhon moreno
2	Leonardo Cardenas	1064637365	AO	Leonardo C
3	Marlon Herrera M	13716215	AY	Marlon
4	Jairo Mauricio	1102364345	OF	
5	Luis alb Cano	16188288	OF	
6	Yelyser Duarte	91649402	AyO	
7	Junior ROJAS	5330770	A	Junior
8	Yuban Arroyo	5272941	AY	
9	Mauricio Pena	13748092	OF	Mauricio
10	Jesenia chantas	45363185	ayudante	Jesenia Chantas
11	Alvaro GUTIERREZ G.	7719191	OF	
12	Daniel Alfaro	1047	OF	
13	Milton Murcia	4144720	OF	
14	Garcia Luis	1007 [illegible]	A	Garcia
15	Alberto Perez Sanchez	1098746	A	
16				
17				
18				
19				
20				
21				

RESPONSABLE CAPACITACION DOUG

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020

Evento: 56 - SST
Tema: Cuidados con el Sol
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Caucho Cartago
Fecha: 6 DIC / 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, did

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma
1	[illegible] MANUEL MONTOYA	1066512197	AYUDANTE	
2	Daniel Alfonso	1.90t 716	OF	
3	MANUEL GUTIERREZ G.	79199191	OF	
4	Junior ROSAS	53302?0	—	Junior
5	William Quiroga	52722940	AY	
6	Mallen Horta M	13728715	AY	Mallen
7	[illegible] ROSAS Sarlet	1078726651	—	
8	Luis carlos Cote	1018822?6	OF	
9	Milton Murcia	1 Mq 780		
10	Carlos mene	1102364?463	O	
11	Leonardo Caceres	1064837365	A	Leonardo C
12	Jhon moreno	1016995171	A	Jhon
13	JHON FREDY ORDUZ	91160490	AY	JHONFREDY
14	[illegible]	13536785	AY	
15	[illegible]	1052637104	Oficial	
16	JFQ	1050542187	ayudante	
17	[illegible]	1061?t863		
18	[illegible]	1076?2?11		
19	[illegible]	7242?3		
20				
21				

RESPONSABLE CAPACITACION: DOMJ

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST.
Tema: El Cambio climático (AMBIENTAL)
Objetivo: ↑
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE comacho Carreño
Fecha: 19 Dic/2023 — Hora inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Mauricio pena Muñoz	13748092	OP.	Mauricio	
2	Leonardo cuervo	1064 837765	Aux	Leonardo C	
3	Elkin Hendrick	CC 12479	Aux		
4	Mauricio Gutierrez	2911991	Of		
5	William Quiroga	52722944	AY	William Quiroga	
6	Marlon Ixcoy m	17715245	AY	marlon	
7	Junior Rojas	533022	xxxxx	Junior	
8	Fidencio Perez	1018946591	—	Fidencio	
9	JHONFRED ORDUZ	91760490	AX	JHONFRED	
10	Fallon Murcia	1121778C	A		
11	Jose alba Cely	1018E284	CA		
12	Juan moreno	1101695171	AP		
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	COMPARTIR NAVIDEÑO
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	EE Calvado Cometa
Fecha	16 DIC 2023
Hora Inicial	7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	JUNIOR ROJAS	5330210	XXX	Junior	
2	Mauricio Plaza	1374809	OP	Mauricio	
3	Mayra Herrera	1771925	AZ	mayra	
4	Milton Muñoz	7137760	AUX		
5	Jhon Fred Ordoz	91160490	AUX	JHON FRED	
6	William Burgos	5492194	AZ		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Accidentes de Trabajo
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Camacho Carreño
Fecha: 18 Dic 2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon alber Ortiz Cam	1018482886	ad		
2	Mauricio Gutierrez	2911911	Of		
3	Mauricio Pena Munoz	13748097	Ofi		
4	Jhon Moreno	1018431017	Ofi		
5	Milton Muñoz	5174780	A		
6	JHONFREDY ORDUZ	91180490	A	JHON FIDOS	
7	Luis Alvaro Rivera	5272294	Ayu		
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: El Cambio climático (AMBIENTAL)
Objetivo: ↑
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE comacho Carreño
Fecha: 19 Dic/2023 — Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Mauricio peña Muñoz	13748092	S.P.	Mauricio	
2	Leonardo cuervo	1064 837265	H SST	Leonardo C	
3	Carlos Hendricl	CC 12471			
4	Mauricio Gutierrez	79119191	OT		
5	William Quiroga	52722944	AY	William Quiroga	
6	Marlon Ixcoy	17218215	AY	Marlon	
7	Junior Rojas	53302[illegible]	XXXXX	Junior	
8	[illegible]	[illegible]	—	[illegible]	
9	JHONATAN ORDUZ	91760490	AX	JHONATAN	
10	Hillon Murcia	1[illegible]78C	A		
11	[illegible]	1010[illegible]	CAP		
12	Juan moreno	1101695171		Juan	
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: CUIDADO CON LA HERRAMIENTA Y EQUIPO.
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores.
Lugar: EG Palmeras Cantón
Fecha: 20 Dic/2023 — Hora Inicial: 9:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Mauricio Peña Amaya	1.224.809.97	Op.	Mauricio	
2	Mollar Herrera Martinez	13718715	H y	Mollar	
3	MAURICIO GUTIERREZ G.	79119191	Op		
4	Junior Rojas	5330726	—	Junior	
5	Edgardo Pozo	1.098.706.651	—		
6	Ignacio Cáceres	1.064.837.365	—	Ignacio C.	
7	Luis Alberto Cala Gomez	19188788	Op		
8	Milton Vasquez	7.711.780	Op		
9	William Duque	5732294	Op		
10	Jhon Moreno	1.069.171	Op		
11	JHONFREDY DELUZ ANAYA	91160990	Op	JHONFREDY	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6_SST
Tema: INTERMEDAD LABORAL
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Soledad Cmeno
Fecha: 11 DIC/2023 Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Rojas	3330770	AP	Jhon R.	
2	Milton Muñoz	7174788	AUX		
3	Luis Alf Cortes	1818288	OF		
4	Leonardo Cabrera	1064837385	AY	Leonardo	
5	Mauricio Peña	1144048842	OF	Mauricio	
6	Carlos Moreno	1102364343	OF		
7	William Quiroga	5742244	AP	William Q.	
8	MAURICIO GUTIERREZ G.	79119191	OF		
9	Marlon Herrera M.	1075862343	AY	marlon	
10	Jhon Moreno	1.101 64343	AUX		
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOM J

RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6-551
Tema: JORNADA ASSO GRAL
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cuadro Cerro
Fecha: 22 DIC 2023 — Hora Inicial: 7:00am.

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Junior Rojas	53802?4	AYUDANTE	Junior	
2	Milton Murcia	7112780			
3	Luis Alvaro Cely	18188288			
4	Leonardo Cerero	1064837365			
5	Mauricio Peña Niño	13248097			
6	Carlos Mar	1104236433			
7	Wilson Arroyo	52722441			
8	Mª Adriana Gutierrez G.	79119191			
9	Marlon Herrera Morillo	13218215			
10	Juan Moreno	1101691171			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: S6 - SST
Tema: Magia de la Navidad
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: Cavasto Cormeno
Fecha: 23 Dic 2023 — Hora Inicial: 9:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Leonardo Cuevas				
2	Mauricio Gutierrez	7911991	Of.		
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOW J
RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	86 - SST
Tema	Respeto al prójimo y compañeros
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	IE sancho Cometa
Fecha	26 Dic 2023
Hora Inicial	7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Leonardo Caceres	1064637365	M	Leonardo C	
2	Mauricio Gutierrez	79119191	OP		
3	Marlon Herrera M	13218215	AY	Marlon	
4	Mauricio Parra Muñoz	1324 8092	OP	Mauricio	
5	Jhon Rodriguez	1026 [illegible]	OP		
6	Junior Rojas	5530270		Junior	
7	Isbaldo Rojas Sanchez	79896657			
8	Eyder Orlando Muñoz	1094 [illegible]			
9	Milton Murcia	7174786			
10					
11	David Martinez	91.432.087	Soldador		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOMJ

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	Golpes de Calor
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores IE Cuadro Cemento
Lugar	
Fecha	27 Dic/2023
Hora Inicial	7:00AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Wilson Moreno	11.695.[illegible]	[illegible]		
2	Luis A. Olivenos	91 355 931	[illegible]		
3	Mauricio Quintero	79 [illegible] 191	[illegible]		
4	Mauricio Peñaranda	1.[illegible]	[illegible]		
5	Leonardo Cotes	1064[illegible]	[illegible]		
6	Wilson Hurtado	91[illegible]	[illegible]		
7	JHONFREDY ORDUZ	91160490	[illegible]	JHONFREDY	
8	JUNIOR ROJAS	5[illegible]	—	JUNIOR	
9	CUBARO ROJAS	1[illegible]	—		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOUJ

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento	SG-SST
Tema	CHARLA RECREATIVA: Ayuda y apoyo a mi compañero
Objetivo	
Aplicación a	trabajadores
Lugar	Edificio Cenit
Fecha	28 04 2023
Hora Inicial	7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	JUNIOR ROJAS	5330270	-	JUNIOR	
2	MARLEN HELEN MOLINA	52718213	AY	MARLEN	
3	MAURICIO GUTIERREZ G.	79119191	OF		
4	MAURICIO PUMA	1274[illegible]97	OF	MAURICIO	
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	MARES [illegible]	91527.0.			
7	LEONARDO CUELLAR	1064[illegible]365	M	LEONARDO	
8	RICHARD GUTIERREZ R.	91276012		RICHARD G.	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION DOUG

RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: CUIDADO CON LA HERRAMIENTA Y EQUIPO. "TRABAJO EN EQUIPO"
Objetivo:
Aplicación a: trabajadores
Lugar: IE Teodoro Cotrino
Fecha: 20 Dic/2023 — Hora Inicial: 7:00 AM

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Mauricio Peña Amaya	13748097	Op.	Mauricio	
2	Maller Herrera Martinez	13718715	H+Y	Maller	
3	Armando Gutierrez G.	79119191	Ok		
4	Jairo Rojas	5330224	—	Jairo	
5	Cristiano Ibañez	1094826651	—		
6	Leonardo Cabrera	1064831365	—	Leonardo C	
7	Luis Alberto Celis Garzon	19188288	Op		
8	Milton Murcia	7711780	Op		
9	Willem Duque	5772294	Op	Willem Duque	
10	Jhon Moreno	1069317(	Ay	Jhon Moreno	
11	JHONFREDS DELUZANAYA	91/60990	Ay	JHONFREDS	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOWJ — RESPONSABLE HSEQ:

Powered by CamScanner

COAGCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: CHARLA RECREATIVA: Ayuda y apoyo a mi compañero
Objetivo: trabajadores
Aplicación a: educación Ganen
Lugar: 28 DIC/2023
Fecha: Hora Inicial: 7:00AM

METAS Y PROPOSITOS

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	JUNIOR ROJAS	533029 0	-	JUNIOR	
2	MARLEN HELEN MOLINA	3218215	AY	MARLEN	
3	MAURICIO GUTIERREZ C.	2911919	OF		
4	MAURICIO PUPO	1374 9807	OF	MAURICIO	
5		1068511			
6	MARES	9152726.			
7	LEONARDO CUCERES	1064827365	M	LEONARDO	
8	RICHARD GUTIERREZ R.	91216042		RICHARD G.	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

RESPONSABLE CAPACITACION: DOMJ
RESPONSABLE HSEQ

Powered by CamScanner

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO INDUCCIÓN PERSONAL HSEQ			
F-Gh-12	VERSIÓN: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 1

NOMBRE DEL NUEVO EMPLEADO	Jorge E. Avila L	FECHA:	4-9-23
CARGO A DESEMPEÑAR	TOPOGRAFO		
JEFE INMEDIATO DEL NUEVO CARGO	COASCON	CARGO:	

INFORMACIÓN GENERAL

Con mi firma manifiesto que recibí la inducción de la empresa, conozco, comprendo y acepto los riesgos a que estaré expuesto durante el desarrollo de mi labor al interior de CONSTRUSANTANDER SAS, y las obras que se ejecuten en su nombre, al igual que las recomendaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.

ITEMS	SI	FECHA	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE DAR LA INDUCCIÓN	CARGO
1. PRESENTACION GENERAL DE LA EMPRESA (Recorrido por las instalaciones, presentacion del personal)	X	4-9-23	Doly J	Residente SST
2. PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN	X	4-9-23	Doly J	Residente SST
3. INDUCCIÓN GENERAL (Misión, Visión, Organigrama, Mapa de procesos)	X	4-9-23	Doly J	Residente SST
4. INDUCCIÓN ESPECIFICA SST (Procesos, Procedimientos, Formatos, Funciones de su cargo, Peligros y Riesgos,Accidentes e incidentes, Manejo adecuado de recursos naturales, Orden y aseo,Alcohol y drogas, Derechos y deberes HSE)	X	4-9-23	Doly J	Residente SST
5. PROGRAMAS DEL SST Entrega de Manual de Funciones propias del cargo Prevención de la contaminación Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales Generalidades manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos Programa de manejo adecuado de sustancias químicas. Trabajos de alto riesgo - Sistema de permisos de trabajo.	X	4-9-23	Doly J	Residente SST
6. NORMAS DE LA EMPRESA Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo Reglamento de higiene y seguridad industrial. Normas y estándares de seguridad de la empresa	X	4-9-23	Doly J	Residente SST

FIRMA DEL GERENTE GENERAL

FIRMA DEL LIDER HSEQ

FIRMA DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

TRETA	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GO-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: carlos Ivan	CEDULA: 1063619204	FECHA INGRESO: 6-9-23.
CARGO: Ayudante		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

DOUJ

FIRMA CAPACITADOR

carlosIvan

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	6-9-23
HORA:	8:00 AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

DOUJ.

FIRMA CAPACITADOR

carlosIvan

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	6-9-23
HORA:	9:00 AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

DOUJ

FIRMA CAPACITADOR

carlosIvan

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	6-9-23
HORA:	8:00 AM

Powered by CamScanner

TRETA	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GG-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Victor Manuel O.	CEDULA: 91348558	FECHA INGRESO: 06-09-2023
CARGO: Oficial.		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

Victor Manuel O
FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 06-09-2023
HORA: 8:00AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

Victor Manuel O
FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 06-09-2023
HORA: 8:00AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

Victor Manuel O
FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 06-09-2023
HORA: 8:00AM

Powered by CamScanner

TRETA	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GC-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Cesar Alvarez	CEDULA: 91349112	FECHA INGRESO: 06-09-23
CARGO: Oficial		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

DOMJ

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 06-09-23

HORA: 8:00 AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

DOMJ

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 06-09-23

HORA: 8:00 AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

DOMJ

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 06-09-23

HORA: 8:00 AM

Powered by CamScanner

TRETA S.A.S	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GIS-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 31-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Elmer Oliveros	CEDULA: 1102 381 310	FECHA INGRESO: 06-09-2023
CARGO: Ayudante		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

FIRMA CAPACITADOR: DOMJ

FIRMA TRABAJADOR: Elmer Oliveros

FECHA: 06-09-2023

HORA: 8:00 AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

FIRMA CAPACITADOR: DOMJ

FIRMA TRABAJADOR: Elmer Oliveros

FECHA: 06-09-2023

HORA: 8:00 AM

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

FIRMA CAPACITADOR: DOMJ

FIRMA TRABAJADOR: Elmer Oliveros

FECHA: 06-09-2023

HORA: 8:00 AM

Powered by CamScanner

COACON

FORMATO CAPACITACIONES GENERALES

F-GD-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 21-07-2021	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Wilmer E Jaimes | CEDULA: 91517850 | FECHA INGRESO: 16-08-23

CARGO: Arquitecto Residente

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 16-8-23
HORA:

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 16-8-23
HORA:

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 16-8-23
HORA:

Powered by CamScanner

COASCON

FORMATO CAPACITACIONES GENERALES

F-GO-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Andres David Argueta Perez	CEDULA: 1098741012	FECHA INGRESO: 16-8-23
CARGO: Ing Residente		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 16-8-23
HORA:

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 16-8-23
HORA:

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

DOMJ
FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA: 16-8-23
HORA:

Powered by CamScanner

COACCON

FORMATO CAPACITACIONES GENERALES

F-GD-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 21-07-2020	Pag 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Omar A. Cañaveda	CEDULA: 1097890284	FECHA INGRESO: 16-8-23
CARGO: Arquitecto		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

DOMJ

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	16-8-23
HORA:	

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

DOMJ

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	16-8-23
HORA:	

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

DOMJ

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	16-8-23
HORA:	

Powered by CamScanner

COASCON

FORMATO CAPACITACIONES GENERALES

F-GO-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Doly Jimenez	CEDULA: 37559609	FECHA INGRESO: 16-8-23
CARGO: Resid HSEQ		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

Bibiana M.
FIRMA CAPACITADOR

DOMJ
FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	16-8-23
HORA:	

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

Bibiana M.
FIRMA CAPACITADOR

DOMJ
FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	16-8-23
HORA:	

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

Bibiana M.
FIRMA CAPACITADOR

DOMJ
FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	16-8-23
HORA:	

Powered by CamScanner

COASCON	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GD-48	VERSION 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Andrea C. Duque	CEDULA: 52451104	FECHA INGRESO: 18-9-23
CARGO: T-Social		

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
2. CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO
3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	18-9-23
HORA:	

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	18-9-23
HORA:	

TEMAS TRATADOS

1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL

FIRMA CAPACITADOR

FIRMA TRABAJADOR

FECHA:	18-9-23
HORA:	

Powered by CamScanner