INFORME MENSUAL Nº 01 ETAPA 1

CONTRATO No. 691 DE 2018

OBJETO DEL CONTRATO: INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, SOCIAL, JURÍDICA, AMBIENTAL Y SSTMA A LOS ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCIÓN PARA LAS OBRAS DE INTERVENCIÓN FÍSICA A ESCALA BARRIAL DE LOS TRAMOS VIALES (CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN VIAL – CIV) UBICADOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES, ANEXO TÉCNICO Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO.

TECNICONSULTA SAS
CAJA DE LA VIVIENDA POPULAR

PERIODO DEL INFORME:
26 DE DICIEMBRE DE 2018 AL 31 DE ENERO DE 2019

REPRESENTANTE LEGAL (S)		RESIDENTE SSTMA	
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE:	ING. MARÍA PATRICIA CALDERÓN QUINTERO	NOMBRE:	ING. JAIRZINHO MAURICIO LÓPEZ MONROY

BOGOTÁ D.C.
2019

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 5
1. OBJETIVOS 6
1.1. OBJETIVO PRINCIPAL 6
1.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS 6
2. DESCRIPCIÓN Y AVANCES DEL PROYECTO 7
3. COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATISTA 8
3.1. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 8
3.2. GESTIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS 8
3.3. GESTIÓN DE RECURSOS HÍDRICOS 8
3.4. GESTIÓN DEL AIRE 8
3.5. GESTIÓN DE FAUNA Y FLORA 9
3.6. GESTIÓN DE RUIDO 9
3.7. GESTIÓN DE EMERGENCIAS AMBIENTALES 9
3.8. GESTIÓN DE SEÑALIZACIÓN 9
4. COMPONENTE SST DEL CONTRATISTA 10
4.1. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 10
4.2. PERSONAL PRESENTE EN EL PROYECTO 13
4.3. MAQUINARIAS, EQUIPOS Y VEHÍCULOS DEL CONTRATISTA 13
4.4. ACTIVIDADES SST EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA 14
4.5. ACCIDENTALIDAD E INCAPACIDADES DE PERSONAL DEL CONTRATISTA 14
5. COMPONENTE SST DE LA INTERVENTORÍA 15
5.1. PERSONAL PRESENTE POR LA INTERVENTORÍA 15
5.2. MAQUINARIAS, EQUIPOS Y VEHÍCULOS DE LA INTERVENTORÍA 15
5.3. ACTIVIDADES SST EJECUTADAS POR LA INTERVENTORÍA 15
5.4. ACCIDENTALIDAD E INCAPACIDADES DE PERSONAL DE LA INTERVENTORÍA 16

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Vehículos del contratista asignados al proyecto 9
Tabla 2. Ítems a manejar en el SGSST 13
Tabla 3. Personal del contratista 13
Tabla 4. Personal de la interventoría 15
Tabla 5. Vehículos de la interventoría 15

ANEXOS

ANEXO 1. AFILIACIONES DEL PERSONAL DEL CONTRATISTA 17
ANEXO 2. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DEL CONTRATISTA 18
ANEXO 3. INDUCCIONES AL PERSONAL DEL CONTRATISTA 19
ANEXO 4. NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL DEL CONTRATISTA 20
ANEXO 5. INSPECCIONES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA..... 21
ANEXO 6. DOCUMENTACIÓN DEL VEHÍCULO DEL CONTRATISTA..... 22
ANEXO 7. PLANILLAS DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA INTERVENTORÍA..... 23
ANEXO 8. INDUCCIONES AL PERSONAL DE INTERVENTORÍA 24
ANEXO 9. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL AL PERSONAL DE INTERVENTORÍA 25
ANEXO 10. INSPECCIONES REALIZADAS POR LA INTERVENTORÍA..... 26
ANEXO 11. DOCUMENTOS DEL VEHÍCULO DE LA INTERVENTORÍA..... 27

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como fin dar cumplimiento a los pliegos contractuales y servir como base para el seguimiento de la gestión desde el punto de vista ambiental y SST para el contrato No. 691 de 2018, cuyo objeto es realizar la interventoría técnica, administrativa, financiera, social, jurídica, ambiental y SSTMA a los estudios técnicos, diseños y construcción para las obras de intervención física a escala barrial de los tramos viales (Códigos de Identificación Vial – CIV) ubicados en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con los pliegos de condiciones, anexo técnico y demás documentos del proceso.

En este informe mensual, el cual corresponde al periodo comprendido entre el 26 de diciembre de 2018 al 31 de enero de 2019, se presentan las generalidades de la gestión del periodo en revisión en el área ambiental y SST dentro de los ítems contractuales contemplados en el Plan de Manejo Ambiental y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del contratista.

Así mismo hace referencia al conjunto de medidas que se implementaron y aplicaron en el transcurso de este periodo relacionado con el manejo ambiental del contrato a cargo de la Constructora Camacon y bajo la interventoría de Tecniconsulta S.A.S.

Este documento fue elaborado, teniendo en cuenta cada uno de los aspectos que fueron ofertados e implementados en el desarrollo del proyecto por el contratista, teniendo en cuenta que la gestión ambiental y SST no solo se desarrolla con la finalidad de cumplir con los requerimientos legales del contrato, sino que además, sea para contribuir con la minimización y mitigación de los impactos causados al medio ambiente y la prevención de afectaciones a la salud de los trabajadores.

Bajo la dirección y coordinación de esta interventoría, se ha manejado y controlado los impactos causados y se han suplido tanto las necesidades del proyecto, como las de la comunidad coordinadamente.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Informar a las diferentes instancias sobre la gestión ambiental ejecutada en el periodo del 26 de diciembre de 2018 al 31 de enero de 2019, del contrato No. 691 de 2018.

1.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Realizar la evaluación correspondiente con el fin de garantizar el cumplimiento de los requerimientos ambientales y SST vigentes.
- Indicar a los entes competentes sobre las actividades ejecutadas contempladas en el Plan de Manejo Ambiental y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del contratista.
- Mostrar las situaciones presentadas durante el periodo evaluado.
- Evaluar por medio de indicadores, según fueron presentados en el Plan de Manejo Ambiental y el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Entregar soportes de la gestión SST realizada por el contratista y la interventoría durante el periodo.

2. DESCRIPCIÓN Y AVANCES DEL PROYECTO

El objeto del proyecto contratado a la Constructora Camacon S.A., es la ejecución de los estudios técnicos, diseños y construcción para las obras de intervención física a escala barrial de los tramos viales (Códigos de Identificación Vial – CIV) ubicados en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con los pliegos de condiciones, anexo técnico y demás documentos del proceso, para lo que durante el periodo, el contratista ha realizado las siguientes actividades constructivas:

- Actividades de gestión social
- Actividades de topografía
- Preliminares para el plan de manejo ambiental para la obra
- Preliminares para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para la obra.

Estas actividades no implicaron el transporte de materiales o insumos a los frentes de obra, ni mucho menos se hizo retiros e escombros o residuos especiales porque se está en este momento en la etapa de diseños del proyecto.

3. COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATISTA

3.1. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES

En este apartado se dará un espacio explicativo a los avances en cuanto al avance del diseño del Plan de Manejo Ambiental para la etapa 2 del proyecto, que es la ejecución de la obra que se diseñó previamente.

En cuanto a esto, el contratista ha iniciado con la caracterización de los frentes de obra donde se ira a intervenir. Esta caracterización incluye unas visitas a campo que ha realizado el personal del área ambiental del contratista e identificado los diferentes actores ambientales, presentes en cada uno de ellos.

Hasta el momento, el contratista no ha hecho ninguna entrega formal de avance en esta caracterización, únicamente, se ha entregado la metodología de realización de este trabajo, el cual ya fue aprobado por esta interventoría.

Se espera que en el siguiente informe ya se puedan recopilar datos de los aspectos ambientales que se presentan en cada uno de los CIV´s.

3.2. GESTIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS

Hasta el momento, el contratista no ha realizado actividades que generen residuos de excavación o demolición, residuos peligrosos o residuos especiales, por lo tanto no hay reportes de volúmenes dispuestos, certificaciones de los sitios de disposición final, registros fotográficos, u otro soporte de gestión en este aspecto.

3.3. GESTIÓN DE RECURSOS HÍDRICOS

Dentro de los CIV´s que se tiene incluido dentro de las condiciones contractuales no hace presencia algún cuerpo de agua que pueda ser afectado por las actividades que realizo durante el periodo el contratista.

Sin embargo, estas actividades tampoco generaron algún vertimiento o residuo de orden líquido que requiriera un almacenamiento especial, una disposición específica o tratamiento especial.

3.4. GESTIÓN DEL AIRE

Durante el periodo de este informe no se realizaron actividades con materiales pétreos que permitan la emisión de material particulado a la atmosfera, no se han hecho acopios dentro de los CIV´s, y aun no se han utilizado motores de combustión en maquinaria o equipos para la realización de los estudios de suelos.

El contratista cuenta con un vehículo para el transporte de personal, el cual se le realizo la revisión de sus documentos por esta interventoría, encontrándose sin novedad alguna.

VEHÍCULOS USADOS POR EL CONTRATISTA		
Marca	**Modelo**	**Placa**
Renault	Duster	WCN074

Tabla 1. Vehículos del contratista asignados al proyecto

Los documentos del vehículo se adjuntan al presente informe.

3.5. GESTIÓN DE FAUNA Y FLORA

Aun no se ha realizado el inventario de flora y fauna presente en los CIV´s designados para ejecutar el diseño contratado. Se está a la espera del inicio de esta actividad para definir los integrantes de dicho aspecto.

Las actividades que ha realizado el contratista no causan afectación a alguna especie animal o vegetal.

3.6. GESTIÓN DE RUIDO

El contratista aun no realiza actividades de alto impacto en los niveles de ruido, únicamente se utiliza un vehículo que cuenta con las revisiones tecnicomecanicas ordenadas por la ley.

3.7. GESTIÓN DE EMERGENCIAS AMBIENTALES

Durante el periodo no se presentó alguna emergencia ambiental en la ejecución del proyecto.

3.8. GESTIÓN DE SEÑALIZACIÓN

El contratista no ha iniciado con actividades de estudios de suelos, por lo que no ha necesitado del componente de señalización para las áreas de trabajo que esto implica.

4. COMPONENTE SST DEL CONTRATISTA

4.1. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES

En este apartado se dará un espacio explicativo a los avances en cuanto al avance del diseño del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo para la obra que se realizara en la etapa 2 de proyecto.

Por tal razón, el contratista ya diseño un esquema de ítems que llevara el SGSST, el cual se ilustra mejor de la siguiente manera:

1. ORGANIZACIÓN	
Código	**Nombre**
SST-ORG-01	Propósito del SG-SST
SST-ORG-02	Matriz legal de SG-SST y de otra índole
SST-ORG-03	Conceptos generales de SG-SST
SST-ORG-04	Obligaciones y responsabilidades
SST-ORG-04-01	Responsabilidades del gerente
SST-ORG-04-02	Responsable del SG-SST
SST-ORG-04-03	Responsabilidades del COPASST
SST-ORG-04-04	Responsabilidades del comité de convivencia laboral
SST-ORG-04-06	Responsabilidades de los jefes de área
SST-ORG-04-05	Responsabilidades de la brigada de emergencias
SST-ORG-04-07	Responsabilidades de los trabajadores
SST-ORG-04-09	Obligaciones de la ARL
SST-ORG-05	Comunicaciones en SG-SST
SST-ORG-06	Documentación de SG-SST
SST-ORG-07	Conservación de documentos
SST-ORG-08	Organigrama
2. PLANIFICACIÓN	
Código	**Nombre**
SST-PL-01	Evaluaciones iniciales
SST-PL-01-01	Formato de evaluación inicial
SST-PL-01-02	Registros de diagnósticos
SST-PL-02	Identificación de peligros y valoración de riesgos
SST-PL-02-01	Procedimiento Identificación de peligros y valoración de riesgos
SST-PL-02-02	Matriz de peligros

SST-PL-03	Política de SST
SST-PL-04	Objetivos de SG-SST
SST-PL-05	Plan de trabajo anual
SST-PL-05-01	Plan de trabajo anual
SST-PL-05-02	Cronograma SST en obra SST
SST-PL-06	Indicadores de SG-SST
SST-PL-07	Documento de SG-SST
SST-PL-08	Política de alcohol, drogas y alcoholismo
SST-PL-09	Reglamento de higiene y seguridad industrial
SST-PL-10	Recursos
3. IMPLEMENTACIÓN	
Código	**Nombre del documento**
SST-IMP-01	Gestión de los peligros y riesgos
SST-IMP-01-01	Programa de inspecciones
SST-IMP-01-02	Informes de inspecciones
SST-IMP-01-03	Formatos programa de inspecciones
SST-IMP-02	Prevención de emergencias
SST-IMP-02-01	Documento plan de emergencias
SST-IMP-02-02	Plan de ayuda mutua
SST-IMP-02-03	Medevac
SST-IMP-02-04	Formatos prevención de emergencias
SST-IMP-02-05	Documentos Simulacros de evacuación
SST-IMP-03	Gestión del cambio
SST-IMP-03-01	Procedimiento para la gestión del cambio
SST-IMP-03-02	Formato solicitud de cambios
SST-IMP-04	Adquisiciones
SST-IMP-05	Manual de Contratistas
SST-IMP-06	Programa Seguridad Vial
SST-IMP-06-01	Programa estratégico de Seguridad Vial
SST-IMP-06-02	Política de Seguridad Vial
SST-IMP-06-03	Acta de reunión comité seguridad vial
SST-IMP-07	Capacitación SST
SST-IMP-07-01	Programa de capacitación y entrenamiento
SST-IMP-07-02	Programa de ingreso e inducción
SST-IMP-08	Programa de riesgo químico
SST-IMP-08-01	Programa de riesgo químico

SST-IMP-08-02	Fichas de seguridad
SST-IMP-08-03	Inventario de sustancias químicas
SST-IMP-08-04	Matriz de compatibilidad sustancias químicas
SST-IMP-09	Perfil sociodemográfico
SST-IMP-10	Capacitaciones
SST-IMP-10-01	Videos de apoyo
SST-IMP-10-02	Control de asistencias
SST-IMP-10-03	Indicadores de capacitación
SST-IMP-11	Programa de reintegro laboral
SST-IMP-12	Procedimiento de manipulación de cargas
SST-IMP-13	Programa de señalización
SST-IMP-14	Procedimientos de trabajo seguro
SST-IMP-14-01	Procedimiento manejo de herramientas manuales
SST-IMP-14-02	Procedimiento gestión de actividades criticas
SST-IMP-15	Programa de mantenimiento preventivo y correctivo
SST-IMP-16	Procedimiento de compra y selección de EPP
SST-IMP-16-01	Procedimiento elementos de protección personal EPP
SST-IMP-16-02	Matriz de elementos de protección personal EPP
SST-IMP-16-03	Formato entrega de EPP
SST-IMP-16-04	Formato inspección de EPP
SST-IMP-17	Programa de orden y aseo
SST-IMP-18	Programa de pausas activas
SST-IMP-19	Fichas técnicas y de seguridad
SST-IMP-20	Procedimiento exámenes médicos
SST-IMP-20-01	Procedimiento exámenes médicos
SST-IMP-20-02	Formato relación de exámenes médicos
SST-IMP-20-03	Profesiograma
SST-IMP-21	Procedimiento almacenamiento y acopio de materiales
SST-IMP-22	Programa estilos de vida saludable
SST-IMP-23	Programa prestación de servicios sanitarios
SST-IMP-24	Procedimiento afiliaciones y pago de aporte parafiscales
4. VERIFICACIÓN	
Código	**Nombre del documento**
SST-VR-01	Auditoria de cumplimiento
SST-VR-02	Revisión por la alta dirección
SST-VR-03	Investigación de accidentalidad

SST-VR-04	COPASST
SST-VR-05	Comité de convivencia laboral
SST-VR-06	Trabajadores en cobertura de ARL
SST-VR-07	Ausentismo laboral
5. MEJORAMIENTO	
Código	**Nombre del documento**
SST-MJ-01	Matriz de mejoras
SST-MJ-02	Acciones preventivas y correctivas

Tabla 2. Ítems a manejar en el SGSST

4.2. PERSONAL PRESENTE EN EL PROYECTO

Durante este periodo, el contratista tenia este personal en la ejecución de las actividades contractuales:

PERSONAL ENERO						
No.	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ARL	SALUD	PENSIÓN
1	LINA MARIA GAMMA GARCIA	52.515.241	DIRECTOR DE OBRA	POSITIVA	SANITAS	PORVENIR
2	FREDDY CHACON CHACON	79.844.501	DISEÑADOR URBANO	SURA	COMPENSAR	PORVENIR
3	KEVIN ARTURO DIAZ	92.527.941	DISEÑADOR ESTRUCTURAL	POSITIVA	MEDIMAS	COLPENSIONES
4	DIEGO ALEXANDER REYES	79057911	DISEÑADOR GEOTECNIA VIAL Y PAVIMENTOS	SURA	SANITAS	PORVENIR
5	FABIAN TAFUR SANCHÈZ	79.683.578	ESPECIALISTA EN TRANSITO	SURA	SANITAS	COLFONDOS
6	SANDRO JOSÈ PRIETO MUÑOZ	79.504.123	ESPECIALISTA EN TRANSITO	SURA	COMPENSAR	COLFONDOS
7	PEDRO FRANCISCO ARIZA	79.689.667	TOPÒGRAFO	POSITIVA	COMPENSAR	COLPENSIONES
8	JEISON FERNEY RAMIREZ	1.022.935.601	CADENERO 1	POSITIVA	SURA	COLPENSIONES
9	ANGELA LUCIA AGUIRRE SEGURA	1.075.219.068	PROFESIONAL SSTMA	POSITIVA	SANITAS	COLFONDOS
10	DANNA SOLER RUIZ	1.026.267.943	RESIDENTE SOCIAL	POSITIVA	SANITAS	PORVENIR
11	FABIAN LEONARDO ALVAREZ VEGA	1.050.200.464	DIBUJANTE	POSITIVA	NUEVA EPS	PORVENIR
12	RITA PAOLA ALVAREZ	1.049.626.760	PROFESIONAL DE COSTOS	POSITIVA	NUEVA EPS	PROTECCIÒN
13	JENIFFER PAOLA TORRES	1.022.380.777	PROFESIONAL APOYO SSTMA	POSITIVA	COMPENSAR	PROTECCIÒN
14	DANIELA FISCO TORRES	1.033.810.515	PERSONAL AFOROS	POSITIVA	CAPITAL SALUD	PORVENIR
15	JHON FREDY MESA MORA	1.031.177.104	PERSONAL AFOROS	POSITIVA	CAPITAL SALUD	PORVENIR
16	JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ	1031168702	PERSONAL AFOROS	POSITIVA	COMPENSAR	PORVENIR
17	JONATHAN DARIO RICO	1.000.935.167	PERSONAL AFOROS	POSITIVA	CAPITAL SALUD	COLFONDOS
18	TUMIÑA HUILA HERMES	4.690.950	PERSONAL APIQUES	POSITIVA	MEDIMAS	PORVENIR
19	MANUEL ALFREDO MORALES	4.285.414	PERSONAL APIQUES	POSITIVA	NUEVA EPS	NO REPORTA
20	EDINSON ALBERTO URIBE CHACA	1.081.418.186	PERSONAL APIQUES	SEGUROS BOLIVAR	NUEVA EPS	COLFONDOS

Tabla 3. Personal del contratista

Se entrega anexo al presente informe la documentación completa de afiliaciones a los sistemas de seguridad social del personal anteriormente relacionado

4.3. MAQUINARIAS, EQUIPOS Y VEHÍCULOS DEL CONTRATISTA

Durante el periodo, el contratista utilizo un vehículo el cual fue relacionado en el numeral 3.4 del presente informe y cuyos documentos están anexos al presente informe.

4.4. ACTIVIDADES SST EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA

El contratista realizo las siguientes actividades en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Afiliaciones del personal a las entidades de seguridad social.
- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso.
- Entrega de elementos de protección personal y dotación.
- Inducciones.
- Notificación de riesgos.
- Inspecciones a los equipos de atención de emergencias.
- Inspecciones de seguridad industrial.

Al presente informe se le adjuntan los soportes de estas actividades.

4.5. ACCIDENTALIDAD E INCAPACIDADES DE PERSONAL DEL CONTRATISTA

Durante el periodo no hubo accidentes ni enfermedades incapacitantes dentro del personal de obra, por lo tanto, no se presentan estadísticas de severidad, fatalidad, frecuencias, entre otras.

5. COMPONENTE SST DE LA INTERVENTORÍA

5.1. PERSONAL PRESENTE POR LA INTERVENTORÍA

Para el periodo, este es el personal que presenta la interventoría:

PERSONAL DE INTERVENTORIA

NOMBRES	CARGO	DEDICACION	DICIEMBRE DE 2018						ENERO DE 2019														
			26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
JORGE DAVID BITAR ALVAREZ	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	50%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA	URBANISTA	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
ALEXANDER OCTAVIO GOMEZ CASSAB	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
JUAN PABLO JIMENEZ CASTRO	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA Y PAVIMENTOS	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
JESUS ARIEL URIBE FUENTES	ESPECIALISTA EN TRANSITO	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
WILSON YAMEL PEREZ QUEMBA	ESPECIALISTA EN VIAS	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
MIGUEL ANTONIO CASTRO REINA	TOPOGRAFO	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
ALBERTO POLO CUETO	ESPECIALISTA HIDRAULICO	30%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
JAIRZINHO MAURICIO LOPEZ MONROY	PROFESIONAL SSTMA	50%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
LUZ YENNY TORRES SOLER	PROFESIONAL SOCIAL	50%	1		1			1		1		1				1			1			1	1
TOTAL			10	0	10	0	0	10	0	10	0	10	0	0	0	10	0	0	10	0	0	10	10

NOMBRES	ENERO DE 2019															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
JORGE DAVID BITAR ALVAREZ			1			1	1			1			1	1		
GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA			1			1	1			1			1	1		
ALEXANDER OCTAVIO GOMEZ CASSAB			1			1	1			1			1	1		
JUAN PABLO JIMENEZ CASTRO			1			1	1			1			1	1		
JESUS ARIEL URIBE FUENTES			1			1	1			1			1	1		
WILSON YAMEL PEREZ QUEMBA			1			1	1			1			1	1		
MIGUEL ANTONIO CASTRO REINA			1			1	1			1			1	1		
ALBERTO POLO CUETO			1			1	1			1			1	1		
JAIRZINHO MAURICIO LOPEZ MONROY			1			1	1			1			1	1		
LUZ YENNY TORRES SOLER			1			1	1			1			1	1		
TOTAL	0	0	10	0	0	10	10	0	0	10	0	0	10	10	0	0

Tabla 4. Personal de la interventoría

Este personal cuenta con sus afiliaciones a los sistemas de seguridad social, las cuales se entregaron a la entidad para la formalización del acta de inicio. Así mismo, se entrega adjunto a este informe, las planillas de pago de seguridad social del personal en cuestión.

5.2. MAQUINARIAS, EQUIPOS Y VEHÍCULOS DE LA INTERVENTORÍA

La interventoría utilizo los siguientes vehículos durante el periodo de este informe:

VEHÍCULOS USADOS POR LA INTERVENTORÍA		
Marca	**Modelo**	**Placa**
Fotón	Camioneta doble cabina	WEP689

Tabla 5. Vehículos de la interventoría

5.3. ACTIVIDADES SST EJECUTADAS POR LA INTERVENTORÍA

Durante este periodo, la interventoría realizo las siguientes actividades en marco de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo:

- Afiliaciones a los sistemas de seguridad social
- Inspecciones de orden y aseo
- Inspecciones de botiquines
- Inspecciones de extintores
- Inducciones
- Entrega de EPP

Estas actividades quedaron registradas en una serie de formatos que se adjuntan a continuación.

5.4. ACCIDENTALIDAD E INCAPACIDADES DE PERSONAL DE LA INTERVENTORÍA

Durante el periodo no hubo accidentes ni enfermedades incapacitantes dentro del personal de la interventoría, por lo tanto, no se presentan estadísticas de severidad, fatalidad, frecuencias, entre otras.

ANEXO 1. AFILIACIONES DEL PERSONAL DEL CONTRATISTA

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 30/01/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	CC	Numero de documento:	1033810515	Usuario Empresa	eARL460130
Nombre:	DANIELA FISCO FLOREZ				
Dirección:	CALLE 45 SUR 73 54				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	NULL				
Teléfono:	2789816	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES				

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
1033810515	DANIELA FISCO FLOREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	01	31/01/2019	C 1033810515	DANIELA FISCO FLOREZ	5	6.9600	Independiente

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.

Certificado impreso el día 30/01/2019 6:34:08 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF 0d91572f8f490c20b694d1425a742dce

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud epss
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No. 1623152

Número de Radicación: | Fecha de Radicación: 30/12/2019

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X]; - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
FISCO (Primer apellido)	FLOREZ (Segundo apellido)	DANIELA (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1033810515	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 19/05/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	828.200

18. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
	Urbana [ ] Rural [ ]		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo 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 completos

	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	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
A		
a		

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 pensiones (a registrar por la EPS)
DANIELA FISCO FLOREZ	C.C.	1033810515	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARRERA 46 22 B 20	6053408		BOGOTÁ	D.C.

VIGILADO Supersalud

Capitalsalud EPS-S

Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No. 1623152

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y 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. 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 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		30/01/2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **DANIELA FISCO FLOREZ** identificado(a) con CC **1.033.810.615**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de enero de 2019.

Gerente de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 30/01/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	CC	Numero de documento:	1031177104	Usuario Empresa	eARL460165
Nombre:	JHON FREDY PEÑA MORA				
Dirección:	CARRERA 102 155 02				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	BOGOTA D.C.		
Correo electrónico:	NULL				
Teléfono:	2789816	Tarifa:	6.96		
Acti. Económica Principal:	TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES				

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
1031177104	JHON FREDY MESA MORA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	01	31/01/2019	C 1031177104	JHON FREDY MESA MORA	5	6.9600	Independiente

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.

Certificado impreso el dia 30/01/2019 6:32:40 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF 0d91572f8f490c20b694d1425a742dce

Unimsalud S.A.S.
Servicios de Salud Ocupacional
NIT: 830011008-7

CERTIFICADO DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL - EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO



Certificado:
1031177104-271263

DATOS DE INFORMACION GENERAL

Fecha:	29/01/2019	**Nombre:**	JOHN FREDY PEÑA MORA	**EPS:**	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.
Lugar:	BOGOTA D.C	**Identificació**	1031177104	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	FS PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S -	**Género**	MASCULINO	**Dirección**	CARRERA 3 ‹ 48F SUR ‹ 75
Cargo:	AFORADOR (A)	**Edad:**	20	**Teléfono Fijo:**	4450620
ARL:	NO REPORTA	**Escolaridad:**	SECUNDARIA	**Teléfono**	3207106119
Estado	UNIÓN LIBRE				

Peso: 56.5 Talla: 176 IMC: 18

DIAGNOSTICO LABORAL

PRUEBA	CONSIDERACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRÍA		1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA		REALIZAR ACTIVIDAD FISICA,DEJAR DE FUMAR, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRÍA		REQUIERE CORRECCION OPTICA, PROTECCION UV, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA NORMOCALÓRICA Y BALANCEADA, RICA EN CEREALES, FIBRA, FRUTAS Y VERDURAS. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. SE DAN RECOMENDACIONES DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE CORRECCION OPTICA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR		EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON OBSERVACIONES QUE NO INTERVIENEN CON SU TRABAJO

Observaciones: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CONSERVACIÓN VISUAL	SVE

REMISIÓN A ESPECIALIDAD POR SU EPS

NO.-

CONSIDERACIONES JURIDICAS

DE CONFORMIDAD CON LA LEY ESTATUTARIA DE SALUD N° 1751 DE 2015, EL TRABAJADOR AUTORIZA A UNIMSALUD PARA ENVIAR LOS RESULTADOS DE SUS EXÁMENES CON FINES ESTRICTAMENTE DE PREVENCIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO, POR MEDIO DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SVE, EN NINGÚN CASO SERÁ SUMINISTRADA INFORMACIÓN DE INDOLE CONFIDENCIAL REFERENCIADA POR EL PACIENTE DURANTE LA CONSULTA. LA HISTORIA CLINICA COMPLETA UNICAMENTE SE FACILITARÁ EN LOS CASOS ESTIPULADOS POR LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. UNIMSALUD SE ACOGE TAMBIEN A LOS LINEAMIENTOS DE LA LEY N° 1581 DE 2012 Y EL DECRETO N° 1377 DE 2013, GARANTIZANDO LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

CRISTIAN MÁRQUEZ DÍAZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Rnt.-25-0219 - R.M. 68-01839

CRISTIAN DE JESUS MARQUEZ DIAZ	25-0219	JOHN FREDY PEÑA MORA	1031177104
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No. 1623106

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	30/12/2019

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
PEÑA (Primer apellido)	MORA (Segundo apellido)	JHON (Primer nombre)	FREDY (Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad	**8. Número de documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	1031177104	Femenino [ ] Masculino [X]	01/10/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	828.200

18. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
	Urbana [ ] Rural [ ]		

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo 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 completos	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
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
D		
E		
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 pensiones (a registrar por la EPS)
JHON FREDY PEÑA MORA	C.C.	1031177104	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARRERA 46 22 B 20	6053408		BOGOTÁ	D.C.

VIGILADO Supersalud

Capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No. 1623154

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y 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. 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 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 de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				3 0 0 1 2 0 1 9

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

VIGILADO SUPERSALUD

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOHN FREDY PEÑA MORA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,031,177,104**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 30/01/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	CC	Numero de documento:	1031168702	Usuario Empresa	eARL461503
Nombre:	JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ				
Dirección:	CARRERA 102 155 02				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	NULL				
Teléfono:	2789816	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES				

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
1031168702	JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	01	31/01/2019	C 1031168702	JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ	5	6.9600	Independiente

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.

Certificado impreso el día 30/01/2019 6:29:49 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF 0d91572f8f490c20b694d1425a742dce

compensar

Miercoles, noviembre 30, 2019

Señores

JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ 1031168702

Apreciados Señores:

De acuerdo con la información por Ustedes aportada a través del aplicativo TRANSAR (Transacciones en Línea Compensar), el trabajador JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ, identificado con el documento CC 1031168702 presenta radicación de afiliación en Compensar EPS, a partir de el 30/01/2019 por los siguientes beneficiarios que conforman su grupo familiar; esta afiliación se radicó con el número 549895

Los datos que Ustedes informaron por el trabajador en mención son: Fecha de Ingreso a la empresa 30/01/2019 , Cargo desempeñado, INDEPENDIENTE , salario reportado 828200.

Recuerde:

1. Para el caso de usuarios nuevos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que presenten interrupción en sus cotizaciones, la afiliación del Trabajador y la de sus beneficiarios, esta sujeta a un periodo de carencia de 30 días calendario a partir de la fecha; para estos casos en particular, Compensar EPS prestara atención de URGENCIA, en la institución más cercana de nuestra red hospitalaria: Clínica San Rafael Cr 8 No 17 45 S, Fundación Cardioinfantil Cl 163 No 28 60, Hospital San Ignacio Cr 7 No 40 62, Fundación Clínica Shaio - (Cardiovascular) Diag 110 No 53 67, Clínica El Bosque Cl 134 No 12 55, Hospital San José Cl 10 No 18 75, Cruz Roja Colombiana (SAMU) Av cr 68 No 66 31

2. Para el caso de **usuarios trasladados de otra EPS**, se les prestará **servicio desde el primer día hábil del mes subsiguiente a la fecha en que se tramitó esta afiliación** (para urgencias y demás servicios requeridos, deben dirigirse a la EPS a la que actualmente se encuentren afiliados).

3. Los aportes por este trabajador deben ser realizados en el mes siguiente a la afiliación, de acuerdo a las fechas establecidas en la normatividad vigente (Decreto 1406 de 1998, Artículos 19 al 24).

4. Para cerrar el proceso de afiliación a **Compensar EPS**, **es indispensable que antes de 8 días envíe los documentos que soportan la información** que se dio a conocer en el trámite realizado y que se indican en la página de Compensar (www.compensar.com), vínculo de Afiliaciones , a la Avenida Eldorado N° 55B-48 Piso 5 bloque A, ventanillas de afiliaciones de recepción **Transar** de acuerdo con lo estipulado en el Decreto 1703 de 2002.

5. Esta certificación impresa, debe reposar firmada por el trabajador, en la Hoja de Vida del mismo.

6. De acuerdo con el Decreto 1703 de 2002, Capitulo VII, Artículo 32, los mecanismos electrónicos de transmisión de información que soportan este proceso son válidos por todo concepto legal.

Unimsalud S.A.S.
Servicios de Salud Ocupacional
NIT: 830011008-7

CERTIFICADO DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL - EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO



Certificado:
1031768702-271264

DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	29/01/2019	**Nombre:**	JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Lugar:	BOGOTA D.C	**Identificació**	1031768702	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	FS PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S -	**Género**	MASCULINO	**Dirección**	AV CALLE 48 SUR - 2A-96 INTER 1
Cargo:	AFORADOR (A)	**Edad:**	22	**Teléfono Fijo:**	NO
ARL:	NO REPORTA	**Escolaridad:**	SECUNDARIA	**Teléfono**	3223742862
Estado	SOLTERO(A)	**Peso: 75 Talla: 173 IMC: 25**			

DIAGNOSTICO LABORAL

PRUEBA	CONSIDERACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRÍA		1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA		REALIZAR ACTIVIDAD FISICA,DEJAR DE FUMAR, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRÍA		CONTINUAR CON IGUAL CORRECCION OPTICA, PROTECCION UV, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA NORMOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR		EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON OBSERVACIONES QUE NO INTERVIENEN CON SU TRABAJO

Observaciones: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CONSERVACIÓN VISUAL — SVE

REMISIÓN A ESPECIALIDAD POR SU EPS

NO

CONSIDERACIONES JURIDICAS

DE CONFORMIDAD CON LA LEY ESTATUTARIA DE SALUD N° 1751 DE 2015, EL TRABAJADOR AUTORIZA A UNIMSALUD PARA ENVIAR LOS RESULTADOS DE SUS EXÁMENES CON FINES ESTRICTAMENTE DE PREVENCIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO, POR MEDIO DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SVE. EN NINGÚN CASO SERÁ SUMINISTRADA INFORMACIÓN DE INDOLE CONFIDENCIAL REFERENCIADA POR EL PACIENTE DURANTE LA CONSULTA. LA HISTORIA CLINICA COMPLETA UNICAMENTE SE FACILITARÁ EN LOS CASOS ESTIPULADOS POR LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. UNIMSALUD SE ACOGE TAMBIEN A LOS LINEAMIENTOS DE LA LEY N° 1581 DE 2012 Y EL DECRETO N° 1377 DE 2013, GARANTIZANDO LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Isabel Cristina Garcia Duran
Médico Esp. Salud Ocupacional
U. Libre - U. Rosario
RM. 20140067 - LSO 4171/2017

ISABEL CRISTINA GARCIA DURAN
Médico Especialista en Salud Laboral

JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ 1031768702
Firma y cédula del Paciente

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOHAN SEBASTIAN GARCIA RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,031,168,702**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 30/01/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	CC	Numero de documento:	1000935167	Usuario Empresa	eARL460178
Nombre:	JONATHAN DARIO RICO				
Dirección:	CARRERA 102 155 02				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	NULL				
Teléfono:	2789816	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES				

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
1000935167	JONATHAN DARIO RICO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	01	31/01/2019	C 1000935167	JONATHAN DARIO RICO	5	6.9600	Independiente

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.

Certificado impreso el día 30/01/2019 6:27:02 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF 0d91572f8f490c20b694d1425a742dce

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No. 1623154

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	30/01/2019

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RICO		JONATHAN	DARIO

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000935167	Femenino [ ] Masculino [X]	31/12/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M / Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
POSITIVA	COLFONDOS	828.200

18. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
	Urbana [ ] Rural [ ]		

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

19. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo 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 completos

	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
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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 pensiones (a registrar por la EPS)
JONATHAN DARIO RICO	C.C.	1000935167	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARRERA 46 22 B 20	6053408		BOGOTÁ	D.C.

VIGILADO Supersalud

Capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No. 1623154

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y 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. 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 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		3 0 0 1 2 0 1 9

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JONATHAN DARIO RICO identificado(a) con C.C No. 1.000.935.167, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de enero del 2019.

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 duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

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

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 19/12/2018

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC				
ION DE OLEODUCTOS					

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	480	20/12/2018	C 1075219068	AGUIRRE SEGURA ANGELA LUCIA	5	6.9600	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.

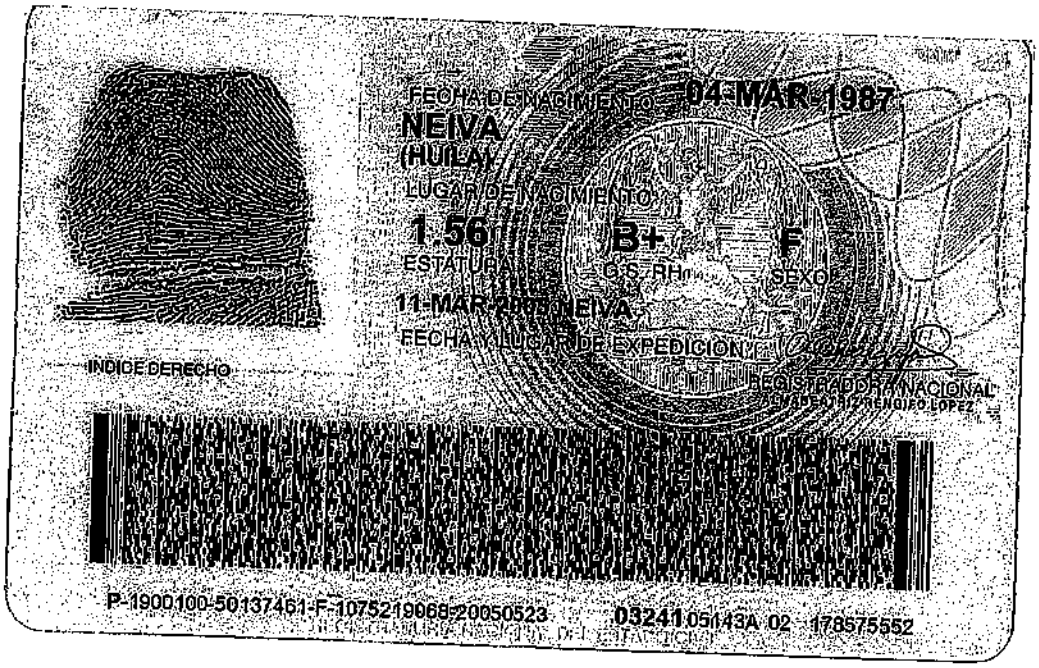
Cordial saludo,

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

Certificado impreso el día 19/12/2018 11:06:02 a. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF 12ed1b8b561e1db0b9482985e4da0131





Afiliación Constructora Camacon SAS
Cargo:
Sueldo: 2'500.000
Pensión: Colpensiones
Cesantías: Fondo Nacional del Ahorro

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPSSanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT: 800.251.440-6

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

107141260

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ | B. Traslado de Administradora
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante ✓ | B. Cónyuge o Compañero(a) Permanente | C. Beneficiario o Afiliado Adicional | D. Cabeza de Familia | E. Pensionado | F. Independiente
3. Régimen: A. Contributivo ✓ | E. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ | B. Independiente | C. Pensionado
Código (A llenar por la EPS)

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

6. Apellidos y Nombres
Primer Apellido: Acuña | Segundo Apellido: Segura | Primer Nombre: Angela | Segundo Nombre: Cruz
7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC ✓ | PA | SC
8. Número del documento de identidad: 1023919668
9. Sexo: Femenino ✓ | Masculino
10. Fecha de nacimiento: 31 D 01 M 1985 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales
11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 2.300.000
18. Residencia: Dirección: Carrera 38 c # 162 - 72
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3134612121
Correo Electrónico: angela.cruz.segura@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogotá
Zona: Urbana ✓ | Rural
Localidad / Comuna: 20
Departamento: Bogotá

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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento: D M A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
24. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
B1
B2
B3
B4
B5

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA TRÁMITE POR LA EPS
20 DIC 2016
Recibido por:

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D M A	
B2			Femenino Masculino	D M A	
B3			Femenino Masculino	D M A	
B4			Femenino Masculino	D M A	
B5			Femenino Masculino	D M A	

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo			Condición		32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional a reportar por la EPS
B1		F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B2		F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B3		F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B4		F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B5		F	N	M	T	P		Urbana	Rural			

Selección de la IPS Primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
C
E
Categoría de la IPS asignada por la EPS
A
B
C

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

25. Nombre o razón social: [illegible]
26. Tipo documento de identificación: NIT TI CE CD PA CC — [illegible]
27. Número del documento de identificación: [illegible]
28. DV: [illegible]
29. Ubicación
Dirección: [illegible]
Teléfono Fijo: [illegible]
Correo Electrónico:
Municipio / Distrito: [illegible]
Departamento: [illegible]

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [X] 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 tránsito de prepensionado a 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: [illegible] Segundo Apellido: [illegible]
42. Primer Nombre: [illegible] Segundo Nombre: [illegible]

Tipo de documento de identidad: [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] AS [ ] PA [ ] SC
Número del documento de identidad: [illegible]
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
43. Fecha: 30/12/2018

44. EPS anterior: [illegible]
45. Motivo de traslado
Código: [illegible]
46. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones: [illegible]

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no interrupción 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 y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: [illegible]
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: [illegible]

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo 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 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.

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN EPS
20 DIC 2018
Recibido Por:

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

56. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio: [ ] Código del Departamento: [ ]
57. Datos del SISBEN
Número de ficha: [ ] Puntaje: [ ] Nivel: [ ]
58. Fecha de Radicación: D D M M A A A A
59. 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: [ ]
Número de documento de identidad: [ ]
71. Firma del Funcionario: [ ]

Observaciones:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: [ ]
Sello de Radicación: [ ]
Sticker procesamiento: [ ]

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

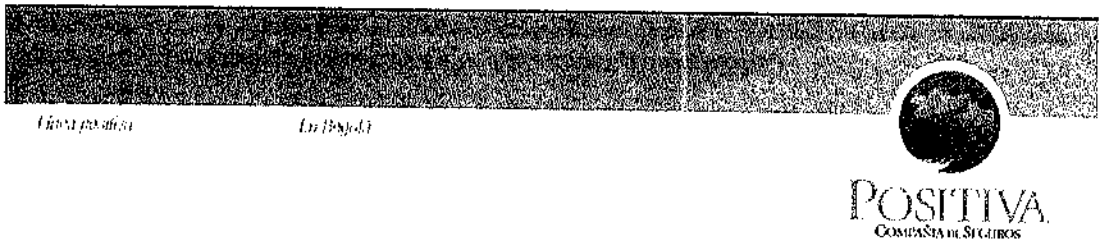
El(la) Señor(a) ANGELA LUCIA AGUIRRE SEGURA identificado(a) con C.C No. 1.075.219.068, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de diciembre del 2018.

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 duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclíente@colfondos.com.co.

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a) DANA GERALDINE SOLER RUIZ identificado(a) con Cédula Ciudadanía 1026267943, trabajador de la empresa CONSTRUCTORA CAMACON SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS con tipo de vinculación Dependiente desde el 01/06/2018 con riesgo 1 y se encuentra ACTIVO.

Dada a los 31 días del mes de Mayo de 2018.

Cordialmente.

Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

41

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

91845565

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual / B. Colectiva / D. De Oficio / Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional / C. Institucional

3. Régimen: 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

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Soler	Ruiz	David	Cristofer

7. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC

8. Número del documento de identidad: 1026269413

9. Sexo: Femenino / Masculino

10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad — Tipo: F / N / M — Condición: T / P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 2.150.000

18. Residencia — Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Bucaramanga

Zona: Urbana / Rural

Localidad / Comuna

Departamento: 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: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC

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				

Datos Complementarios

	26. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino / Masculino		
B2			Femenino / Masculino		
B3			Femenino / Masculino		
B4			Femenino / Masculino		
B5			Femenino / Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F / N / M	Condición: T / P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

OFIXPRESS

Original - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO

42

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

NIT. 860007336-1

SERVICIOS DE AFILIACIONES EN LINEA

NOVEDADES DE TRABAJADORES

Transacción Exitosa. La novedad de ingreso ha sido radicada con el número 14723019

Datos de la Empresa

Identificación Empresa	NIT 900452410
Razón Social	CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S

Datos del Trabajador

Identificación Trabajador	Cédula 1026267943
Nombre	DANA GERALDINE SOLER RUIZ
Fecha Registro Afiliación	01/06/2018

VIGILADO Superintendencia del Subsidio Familiar

Bogotá D.C., 01/06/2018

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DANA GERALDINE SOLER RUIZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,026,267,943**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Enero de 2017.

Gerente de Clientes

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 27 de Abril de 2018

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de SOPORTE GEOTECNICO que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción
Centro de trabajo:	0000000002 SUBESTACIONES	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%
C79057911	REYES VELANDIA DIEGO ALEXANDER	09/04/2015		2018u166

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:C790579111811746362

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/04/2018 12:52:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.180.74, 172.16.42.236

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIEGO ALEXANDER REYES VELANDIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,057,911**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Mayo de 2018.

Gerente de Clientes

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SOA-FDSO- 1
Rev 7 - Ene/17

EMPRESA CONTRATANTE: Sopa-le Geotecnico
EMPRESA A LABORAR: Sopa-le Geotecnico
FECHA: 20/01/2025
TIPO DE EXAMEN: PRE -INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] PERIODICO SEG [ ] OTROS REINTEGROS [ ] POST-INCAPACIDAD [ ]
NOMBRE: Diego Alejandro Rapa
C.C. 79.057.911
CARGO: 79.057.911
CIUDAD: Bogotá

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Audiometría	[X]	Prueba Psicotécnica	[ ]	Osteomuscular por fisioterapia	[ ]
Espirometría	[X]	Visiometría	[X]	Otros: EMO.	
Optometría	[ ]	Laboratorios	[ ]		

1. CONCEPTOS GENERALES POR TIPO DE EXAMEN

1.1. Examen de pre-ingreso

Apto para desempeñar el cargo [X] Presenta restricción [ ] Aplazado [ ]

1.2. Examen periódico

Puede continuar laborando [ ] Aplazado [ ] Reasignación de tareas [ ] Temporalidad:

1.3. Periódico para seguimiento de recomendaciones

Puede continuar laborando [ ] Aplazado [ ] Reasignación de tareas [ ] Temporalidad:

1.4 Reintegro/Post incapacidad

Reincorporación al puesto de trabajo [ ] Aplazado [ ] Reasignación de tareas [ ] Temporalidad:

1.5. Egreso

Realizado [ ]

2. CONCEPTO DE ACUERDO AL ENFASIS

ENFASIS	APTO	NO CUMPLE	APLAZADO	OBSERVACIONES
ALTURAS				
ALIMENTOS				
MEDICAMENTOS				
ESPACIOS CONFINADOS				
BRIGADISTA				
ACTIVIDAD DEPORTIVA				
SEGURIDAD VIAL				
ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO				

3. RECOMENDACIONES GENERALES

Control periódico por Promoción y Prevención por EPS	[X]	Control periódico ocupacional	[X]	Hábitos nutricionales saludables	[X]
Continuar manejo médico	[ ]	Utilización de EPP Elementos de Protección Personal de acuerdo al cargo.	[X]	Ejercicio regular 3 veces/semana	[X]
Control nutricional en EPS	[ ]	Realización de pruebas Complementarias ↓	[X]	Dejar el habito de fumar	[ ]
Remision a EPS Por: ↓	[ ]			Reducir consumo de alcohol	[ ]

Observaciones:

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

IMPRESO POR: JOSE ABEL RIVERA NIT. 79292317-1 - CEL: 311 520 7962

4. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: Pausas activas, ejercicios de estiramientos y posturas adecuadas.	✓
VISUAL: Educación en higine visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.	
ALTURAS: Capacitación y certificación de alturas.	
BIOLÓGICO: Uso de elementos de Bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquema de vacunación .	
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: Buenas prácticas de Manufactura (BPM) y lavado de manos.	
QUÍMICO: Realizar marcadores biológicos específicos según exposición en los trabajadores.	
CUIDADO DE LA VOZ: Educación en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.	
TEMPERATURAS EXTREMAS: Uso de la ropa adecuada. Consumo de líquidos suficientes para la hidratación. Educación en identificación temprana de signos de alarma.	
ESPACIOS CONFINADOS: Acompañamiento durante la labor. Sistemas de seguridad de emergencia ,capacitación para espacios confinados por la empresa.	
PIEL: Uso de protección adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes. Reportar la aparición de reacciones adversas en piel.	
RESPIRATORIA: Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.	
AUDITIVO: Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.	

5. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

- Se remite a programa de control metabolico y nutricional
- Control optometrico anual -
⇒ Audiometría confirmatoria después de lavado de ambos oidos

6. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS EMPRESA

Informar sobre los riesgos en la empresa y la forma de controlarlos

EMPRESA A LABORAR:	Sipa-le Geotecnico.				47
TIPO DE EXAMEN:	PRE-INGRESO [X]	PERIODICO [ ]	EGRESO [ ]	PERIODICO SEG [ ]	OTROS REINTEGROS [ ]	POST-INCAPACIDAD [ ]
NOMBRE	Diego Alejandro Rafe J			**C.C.**	79057911
CARGO	79-057.911			**CIUDAD**	Bta D.C.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Audiometría	[X]	**Prueba Psicotécnica**	[ ]	**Osteomuscular por fisioterapia**	[ ]
Espirometría	[X]	**Visiometría**	[X]	**Otros:**	EMO.
Optometría	[ ]	**Laboratorios**	[ ]		

1. CONCEPTOS GENERALES POR TIPO DE EXAMEN

1.1. Examen de pre-ingreso

Apto para desempeñar el cargo [X] **Presenta restricción** [ ] **Aplazado** [ ]

1.2. Examen periódico

Puede continuar laborando [ ] **Aplazado** [ ] **Reasignación de tareas** [ ] **Temporalidad:**

1.3. Periódico para seguimiento de recomendaciones

Puede continuar laborando [ ] **Aplazado** [ ] **Reasignación de tareas** [ ] **Temporalidad:**

1.4 Reintegro/Post incapacidad

Reincorporación al puesto de trabajo [ ] **Aplazado** [ ] **Reasignación de tareas** [ ] **Temporalidad:**

1.5 Egreso

Realizado [ ]

2. CONCEPTO DE ACUERDO AL ENFASIS

ENFASIS	APTO	NO CUMPLE	APLAZADO	OBSERVACIONES
ALTURAS				
ALIMENTOS				
MEDICAMENTOS				
ESPACIOS CONFINADOS				
BRIGADISTA				
ACTIVIDAD DEPORTIVA				
SEGURIDAD VIAL				
ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO				

3. RECOMENDACIONES GENERALES

Control periódico por Promoción y Prevención por EPS	[X]	Control periódico ocupacional	[X]	Hábitos nutricionales saludables	[X]
Continuar manejo médico	[ ]	Utilización de EPP Elementos de Protección Personal de acuerdo al cargo.	[ ]	Ejercicio regular 3 veces/semana	[ ]
Control nutricional en EPS	[ ]	Realización de pruebas Complementarias ↓	[ ]	Dejar el habito de fumar	[ ]
Remision a EPS Por: ↓	[ ]			Reducir consumo de alcohol	[ ]

Observaciones:

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

IMPRESO POR: JOSE ABEL RIVERA NIT. 79048317-1 - CEL: 311 570 7892

4. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: Pausas activas, ejercicios de estiramientos y posturas adecuadas.	
VISUAL: Educación en higine visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.	
ALTURAS: Capacitación y certificación de alturas.	
BIOLÓGICO: Uso de elementos de Bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquema de vacunación .	
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: Buenas prácticas de Manufactura (BPM) y lavado de manos.	
QUÍMICO: Realizar marcadores biológicos específicos según exposición en los trabajadores.	
CUIDADO DE LA VOZ: Educación en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.	
TEMPERATURAS EXTREMAS: Uso de la ropa adecuada. Consumo de líquidos suficientes para la hidratación. Educación en identificación temprana de signos de alarma.	
ESPACIOS CONFINADOS: Acompañamiento durante la labor. Sistemas de seguridad de emergencia ,capacitación para espacios confinados por la empresa.	
PIEL: Uso de protección adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes. Reportar la aparición de reacciones adversas en piel.	
RESPIRATORIA: Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.	
AUDITIVO: Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.	

5. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

- Se remite a programa de control metabolico y nutricional
- Control optometrico anual.
- ⇒ Audiometria confirmatoria despues de lavado de oidos.

6. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS EMPRESA

Informar sobre los riesgos en la empresa y la forma de controlarlo

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

NOMBRE DEL MEDICO	**FIRMA DEL TRABAJADOR**
GRACIELA GUERRERO M.D. Salud Ocupacional Registro 6795 MISO	
Reg. Médico: **Licencia N°**	**C.C.** 79057911 Bta

Salud Ocupacional
Los Andes
REGIMEN COMUN
NIT: 830.029.102-0

Gran Contribuyente de Industria y Comercio en Bogotá
NO SOMOS AUTORRETENEDORES
Actividad Económica 8699
ICA Villavicencio 6/1000 - ICA Cartagena 8/1000
Retención 2% IPS No. 110010653700

Resolución DIAN No. 320001409884 Fecha: 2016-06-08
Vence: 2018-06-08 Numeración Autorizada por computador
del No. 180001 al 300000

SOA-FCC-01

FACTURA DE VENTA 228746

FECHA FACTURA			FECHA VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
5	5	2018	05	05	2018

SEÑOR (ES): SOPORTE GEOTECNICO SAS

NIT: 900826437-5

DIRECCIÓN : CL 22A 48 38

TEL : 3690071

CANTIDAD	DESCRIPCION	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	MEDICO OCUPACIONAL	21,000	21,000
1	AUDIOMETRIA	14,000	14,000
1	ESPIROMETRIA	14,000	14,000
1	VISIOMETRIA	10,000	10,000
	REALIZADOS A DIEGO REYES		
	CC 79057911		
	CANCELADSO EN SEDE		

SON :	CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE	SUB-TOTAL	59,000
		IVA	0
		RTE FUENTE	0
		TOTAL	59,000

Autorizo a Salud Ocupacional de los Andes Limitada a consultar en cualquier tiempo en DATACREDITO, CIFIN o en cualquier otra central de riesgos toda la información relevante para conocer mi capacidad de pago, actual y futura de acuerdo con la ley 1266 de 2008.

Los pagos favor efectuarlos a nombre de Salud Ocupacional Los Andes Ltda. consignar en la cuenta corriente AV VILLAS No. 470003344

Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio y presenta mérito ejecutivo de conformidad con los artículos 619 y siguientes del Código de Comercio. En caso de mora

DESPUES DE 8 DIAS NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES LEY 1231 DE 2008 ART. 2

Salud Ocupacional Los Andes Ltda. NIT. 830.029.102-0 Cra. 11 A No. 97-37 - Tel: 622 5577

FIRMA Y SELLO

Salud Ocupacional Los Andes Ltda. NIT. 830.029.102-0 Cra. 11 A No. 97-37 - Tel: 622 5577

FIRMA Y SELLO DEL COMPRADOR

Administrativa Cra 24 No. 82-51 * Polo Club * PBX: 7560686 - Facturación: Ext. 130 - 133 - 114 Cartera Ext. 119 - 125 Sedes Operativas: Cr 24 No. 84-37 - Tel. 7560686 Ext. 207 - Calle 86A No. 23 12 Tel. 7560686 Ext. 201 - Cr 62 No. 12 - 56 - Int 5 - Tel. 2903763 - Cr 11 No. 97 37 Tel. 7560686 Ext. 6225577 - E-mail: Facturacion: rocio.alborroz@soandes.co - adiela.martinez@soandes.co

ORIGINAL

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79057911
NOMBRES Y APELLIDOS	Reyes Velandia,Diego Alexander
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2008
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Reyes Velandia,Diego Alexander, a los 08 días del mes de mayo del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 03/03/2018

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC ION DE OLEODUCTOS				

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	422	04/03/2018	C 1050200464	ALVAREZ VEGA FABIAN LEONARDO	5	6.9600	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.

Certificado impreso el día 03/03/2018 3:30:58 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

adF 08a5fba05a972cdc041b52033313e56

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.050.200.464
ALVAREZ VEGA
APELLIDOS
FABIAN LEONARDO
NOMBRES

FIRMA





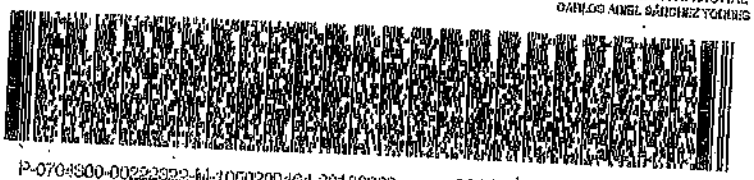
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1992
CERINZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-ENE-2010 CERINZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SÁNCHEZ TORRES



I-0704800-00222022-M-1050200464-20100309 0021530710A 1 20566986

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

"Código Unicamente para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

01 B 10039580

Nueva eps
Gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

0104284740

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea cuidadosamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: 00 Cotizante [ ] 01 Cabeza de Familia [ ] 02 Beneficiario [ ]

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

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 9. SEXO | 10. FECHA NACIMIENTO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código Único | 12. DISCAPACIDAD: Tipo | Condición | 13. PARENTESCO CON EL COTIZANTE | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC | 18. ORIGEN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | PAÍS | DEPARTAMENTO | LOCALIDAD Y COMUNA | BARRIO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | TELÉFONO FIJO | CIUDAD DE RESIDENCIA | DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL AFILIADO PRINCIPAL (Para el caso de beneficiarios del cotizante o cabeza de familia)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | CÓDIGO EPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
2									
3									
4									

	32. LUGAR DE RESIDENCIA: Ciudad y Región	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	33. VALOR DE APORTE SOLIDARIO (Solo afiliados a la UPC)	34. Ocupación y código de la CIUO	PAÍS DE ORIGEN	CÓDIGO PAÍS ORIGEN
2								
3								
4								

V. DATOS DE UBICACIÓN LABORAL DEL COTIZANTE Y OTROS APORTES (Para el caso de cotizantes dependientes y pensionados)

35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo Cotizante de Ingreso | 37. Número de Identificación | 38. Tipo de Aportante o pagador de pensiones

39. DIRECCIÓN | CIUDAD

SEDE DONDE DESEMPEÑA LABORES | CARGO | SALARIO

VI. DATOS DEL APODERADO

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CIUDAD

VII. DECLARACIÓN DE ORIGEN

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FABIAN LEONARDO ALVAREZ VEGA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,050,200,464,** se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes

54

ARL | sura

Medellín, 29 de agosto de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que FABIAN TAFUR SANCHEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 79683578 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 16/01/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FS PROYECTOS DE INGENIERIA S A S N900355997

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TÉCNICO, INCLUYE ACTIVIDADES, DE DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, AGRIMENSURA Y DE EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS ASI COMO LA PRESTACION DE ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO, EL DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MÁQUINAS (SIN INTERVENCION DIRECTA EN LAS OBRAS)

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000005 - PRINCIPAL

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:C292290311824157280

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/08/2018 3.54 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 190.145.242.219, 172.16.42.236

Unimsalud S.A.S.
Servicios de Salud Ocupacional
NIT: 830011008-7

CERTIFICADO DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL - EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
PERIODICO



Certificado:
79683578-246396

DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	02/06/2018	**Nombre:**	FABIAN TAFUR SANCHEZ	**EPS:**	SANITAS S.A.
Lugar:	BOGOTA D.C	**Identificación:**	79683578	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	FS PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S -	**Género**	MASCULINO	**Dirección**	VARIANTE COTA PALO DE AGUA
Cargo:	GERENTE TECNICO	**Edad:**	44	**Teléfono Fijo:**	8985681
ARL:	SURA	**Escolaridad:**	MAESTRIA	**Teléfono Móvil:**	3105515040
Estado Civil:	CASADO(A)				

Peso: 100 Talla: 175 IMC: 33

DIAGNOSTICO LABORAL

PRUEBA	CONSIDERACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRÍA		1. CONTROL ANUAL. 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓ N AUDITIVA EN EXPOSICIÓ N A RUIDO .
ESPIROMETRÍA		REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, BAJAR DE PESO,UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRÍA		REQUIERE CORRECCION OPTICA, ERGONOMIA VISUAL, PAUSAS ACTIVAS OCULARES, CONTROL ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA HIPOCALÓ RICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASA DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍ SICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA, BUENA HIDRATACIÓ N. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR		EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL
EXAMEN PERIODICO CON OBSERVACIONES

Observaciones: PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑ ANDO EL EL CARGO.

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CONSERVACIÓ N VISUAL

REMISIÓN A ESPECIALIDAD POR SU EPS

OPTOMETRÍ A -

CONSIDERACIONES JURIDICAS

DE CONFORMIDAD CON LA LEY ESTATUTARIA DE SALUD N° 1751 DE 2015, EL TRABAJADOR AUTORIZA A UNIMSALUD PARA ENVIAR LOS RESULTADOS DE SUS EXÁMENES CON FINES ESTRICTAMENTE DE PREVENCIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO, POR MEDIO DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SVE, EN NINGUN CASO SERÁ SUMINISTRADA INFORMACIÓN DE INDOLE CONFIDENCIAL REFERENCIADA POR EL PACIENTE DURANTE LA CONSULTA. LA HISTORIA CLINICA COMPLETA UNICAMENTE SE FACILITARÁ EN LOS CASOS ESTIPULADOS POR LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. UNIMSALUD SE ACOGE TAMBIEN A LOS LINEAMIENTOS DE LA LEY N° 1581 DE 2012 Y EL DECRETO N° 1377 DE 2013, GARANTIZANDO LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

José Pereira Márquez
Médico Especialista
En Salud Ocupacional
R.M. 1627/2013
Lic. S.O. 9847/2013

JOSE JESUS PEREIRA MARQUEZ 9847 1627
Médico Especialista en Salud Laboral

FABIAN TAFUR SANCHEZ 79683578
Firma y cédula del Paciente

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FABIAN TAFUR SANCHEZ identificado(a) con C.C No. 79.683.578, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de septiembre del 2018.

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 duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79683578
NOMBRES Y APELLIDOS	Tafur Sanchez,Fabian
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2000
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Tafur Sanchez,Fabian , a los 06 días del mes de septiembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

58

ARL | sura

Medellín, 04 de Enero de 2019

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 MKFCH ARQUITECTOS SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000002 - CAMPO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79844501	CHACON CHACON FREDDY	15/02/2015		22114181	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522001651900426340

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 04/01/2019 07:19:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.119.56.118, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

59

porvenir
sólo hay uno

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

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **FREDDY CHACON CHACON**, identificado(a) con CC **79844501**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 04/03/2006

Se expide a solicitud del interesado el 25/01/2019.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) FREDDY CHACON CHACON identificado(a) con cedula ciudadania 79.844.501 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa MKFCH ARQUITECTOS SAS NIT 900722435, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170705	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Enero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10742234

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

6

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 19/12/2018

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	BOGOTA D.C.		
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:	6.96		
Acti. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC				
ION DE OLEODUCTOS					

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	481	20/12/2018	C 1022935601	RAMIREZ PARRA JEISON FERNEY	5	6.9600	Dependiente

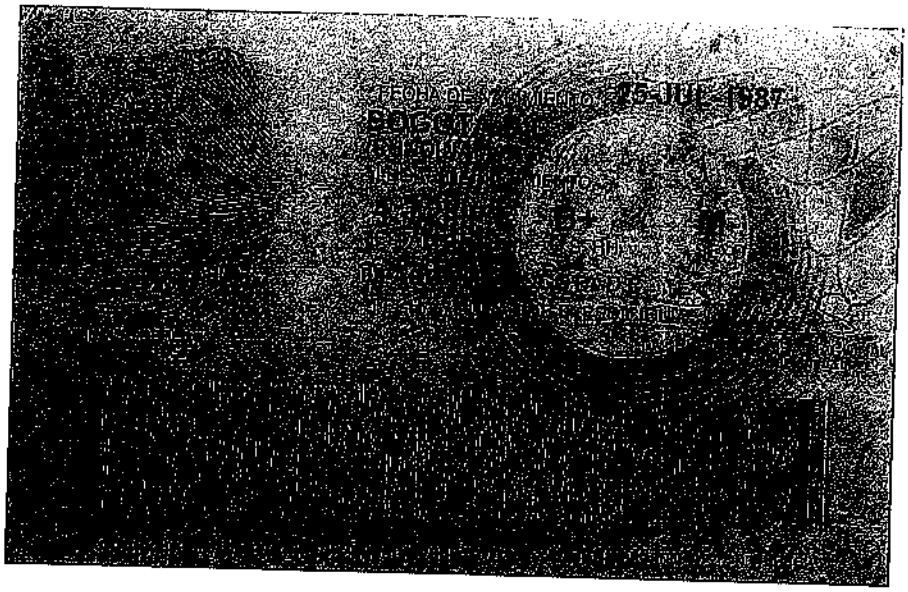
OBSERVACIONES

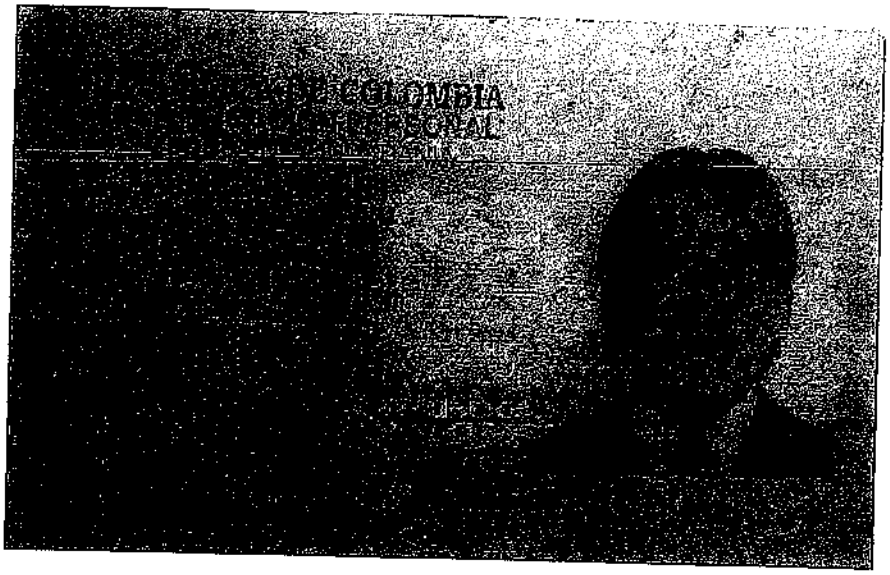
Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

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

Certificado impreso el día 19/12/2018 11:41:57 a. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co
axF d2394df714567edf7bb059d3306992ef





Cargo: Cadenero I
Salario: #781.242
EPS: Sura
PENSION: Colpensiones
TELEFONO 3214306388

Correo: jframirez25@hotmail.com

DIRECCIÓN: Cra 72C Bis N°57-39 Sur
Bogotá D.C.

CONSTRUCTORA CAMACON SAS.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Número de Solicitud 61_1675

Reingreso 1

Empleador	NI 900452410 CONSTRUCTORA COMACON S A S
Afiliado	CC 1022935601 JEISON FERNEY RAMIREZ PARRA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 781,242
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 96 # 72 49
Fecha de ingreso	19/12/2018
Fecha de radicación	19/12/2018 04:17:26 p.m.
Código de Transacción	85060278
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de Inicio de pago es 01/2019

CAJA

2019 DIC. 19

Fecha de generación 19/12/2018

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JEISON FERNEY RAMIREZ PARRA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1022935601,** se encuentra afiliado (a) desde **24/08/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

097

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 31/08/2017

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC				
ION DE OLEODUCTOS					

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura Desde	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	391	01/09/2017	C - 1022380777	[redacted]	5	6.9600	Dependiente

OBSERVACIONES

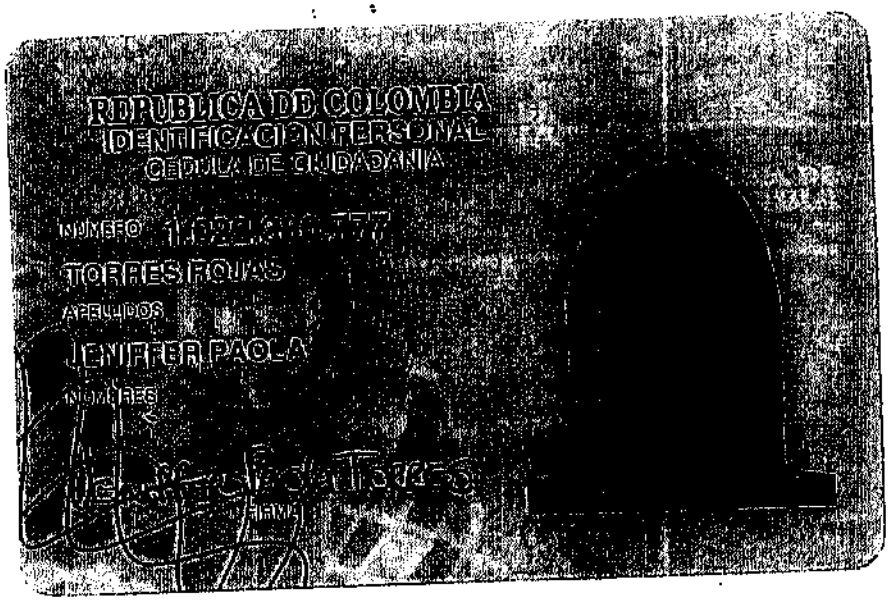
Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

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

Certificado impreso el día 31/08/2017 12:21:09 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF df61cfabdaaca7e9999d7cc0ca812367


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
TORRES ROJAS
APELLIDOS
JENIFFER PAOLA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO
BOGOT
(CUNDIN
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
17-EN
FECHA
INDICE DERECHO
A+
G.S. RH
BOGOTA D.C.
EXPEDICION
F
SEXO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1500150-00281939-F-1022380777-20110223
0025917209A 1
36326411

compensar | eps salud

AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A: 29 01 2013

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 01

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	TORRES	ROJAS	JENIFFER	PAOLA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1022380.797
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D D 01 M M 12 A A A A 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia [ ]
12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P [ ]
13. Puntaje SISBÉN [ ]
14. Grupo de población especial [ ]
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de pensiones: PROTECCION
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1680.000
18. Residencia: Calle 30 SUR 9 A-16 ES
Teléfono fijo: 4295432 Teléfono celular: 3115322275
Jenipao@gmail.com
Municipio: BOGOTA Zona: Urbana [X] Rural [ ] Departamento: BOGOTA D.C.

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

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

20. Tipo de documento de identidad [ ]
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	Etnia	31. Discapacidad: Tipo (F N M)	Condición (T P)	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia: Zona (Urbana / Rural)	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
Cat.	Cruz	1142
B		
B		
B		

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: CONSTRUCTORA CAMACHO SAS
36. Tipo de documento de Identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 900452410-0
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cra 96 #72-49 Teléfono: 7049548 Correo: administracion@constructora.com Municipio: BOGOTA Departamento: BOGOTA

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 corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por 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 de documento de identidad: Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: D D 29 M M 01 A A A A 2013
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código [ ]
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que esta 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

JENIFFER PAOLA TORRES
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empleador, independiente o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] 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. Declaración juramentada suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia del acta de posesión, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación o del cargo suscrita por [illegible] [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades colombianas en la que conste [illegible] [ ]

29 ENE 2013

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del departamento [ ] Código del municipio [ ]
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Fecha de validación D D M M A A A A
Cód 6110 Bello Antioquia
SUJETO A VERIFICACIÓN
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ] Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte Octubre. Se informa la cotizante debe reportar ictericia cotizante independiente y escrito.

VIGILADO SuperSalud

VIGILADO SuperSubsidio

Protección
Pensiones y Cesantías

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES ROJAS JENIFFER PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.022.380.777** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de agosto de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de septiembre de 2017.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

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

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

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor(a) JENNIFER PAOLA TORRES ROJAS identificado(a) con Cédula número 1022380777 se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S con Documento número 900452410-0 desde el dÃ-a 05/09/2017.

JOSE BOCANEGRA GONZALEZ
Jefe Sección Operación Afiliaciones

VIGILADO Supersubsidio

Bogotá D.C., 05/09/2017

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

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

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



EXAMEN DE: PERIODICO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Enero 31 de 2019 Hora: 9,15

DATOS GENERALES

No Identificación: 1022380777 **Paciente:** TORRES ROJAS JENIFFER PAOLA

Fecha Nacimiento: Diciembre 30 de 1992 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 26

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 0 **Sexo:** Femenino

Escolaridad: ESPECIALIZACION Y/O POSTGRADO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSTRUCTORA CAMACON S A S **Empresa Misión:** NO APLICA
EPS: COMPENSAR **Act.Económica:**
ARL: POSITIVA **AFP:** PROTECCION
Cargo a Ocupar: RESIDENTE SST MA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: NORMAL

Isometrico: NO APLICA

Espirometria: NORMAL

Optometría: NO SE REALIZA

Otros:
NO SE REALIZA

GLICEMIA-COLESTEROL-TRIACILGLICERIDOS (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTLILZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EDN ALTURAS

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

Dra. Patricia Cuellar Alexander ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL PATRICIA CUELLAR ALEXANDER T.P. 5495/2003		FIRMA DEL PACIENTE
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		NOMBRE: TORRES ROJAS JENIFFER PAOLA
REGISTRO MÉDICO: 5495 DE 2003		CEDULA: 1022380777
LICENCIA S.O: 12919 / 18-nov-2014		

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 20/12/2018

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC ION DE OLEODUCTOS				

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	490	21/12/2018	C 92527941	DIAZ MANGONES KEVIN ARTURO	5	6.9600	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.

Certificado impreso el día 20/12/2018 2:36:55 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co
axF ae44d12d02ea56884b195fbea1cf33bd

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2018-12-12 08:41:28 NUM. ID. PACIENTE: CC 92527941

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: KEVIN ARTURO DIAZ MANGONES ID: CC 92527941 SEXO: M

FECHA DE NACIMIENTO: 1976-09-27 SINCELEJO (SUCRE) EDAD: 42

DIRECCION: CRA 50 104 B - 20 LOCALIDAD SUBA BOGOTA TELEFONO: 6346176 (BOGOTA)

PROFESION U OCUPACIÓN: ESPECIALISTA ESTRUCTURAL

EPS: MEDIMAS ESTADO CIVIL: CASADO

ESCOLARIDAD: POSTGRADO

EMPRESA: PARTICULARES ARL: POSITIVA

PENSIÓN: COLPENSIONES ANTIGÜEDAD:

ACTIVIDAD ECONÓMICA: CONSULTORIA CARGO: ESPECIALISTA ESTRUCTURAL- PATOLOGIA



TIPO DE EXAMEN

PRE-OCUPACIONAL: SI	ESPIROMETRÍA: SI	REUBICACION: NO
PERIODICO: NO	AUDIOMETRIA: SI	VALORACION APOYADA EN PROFESIOGRAMA: NO
POSINCAPACIDAD: NO	VISIOMETRIA: SI	REMISION A EPS: NO
RETIRO: NO	ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS: NO	REMISION A ARL: NO
	EXAMEN CLINICO OSTEOMUSCULAR: SI	OTRO:

LABORATORIOS:

EXAMEN PRE-OCUPACIONAL	EXAMEN DE EGRESO	EXAMEN PERIÓDICO
APTO	----	----

TIPO DE RESTRICCIÓN: NINGUNA

CAUSA DE APLAZAMIENTO: NO APLICA

RECOMENDACIONES	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN LABORAL: SI	ACTIVIDAD FÍSICA, ÉNFASIS, ACONDICIONAMIENTO CARDIOVASCULAR: SI
USO DE CORRECCIÓN VISUAL: NO	PAUSAS ACTIVAS, ESTIRAMIENTOS, ÉNFASIS EN COLUMNA Y EXTREMIDADES: SI

RECOMENDACIONES: OTRAS RECOMENDACIONES: 1. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. 2. HIGIENE POSTURAL POSTURAL PAUSAS ACTIVAS. 3. CONTROL DE PESO.

OSCAR DARIO SASTOQUE S.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 6896 - 06 S.D.S

MD. OSCAR DARIO SASTOQUE SUAREZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 6896-06

KEVIN ARTURO DIAZ MANGONES
CC 92527941





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1976
SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-DIC-1994 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130547-M-0092527941-20081122 0006650485A 1 1140039237

Cargo: Especialista en Estructuras
Salario: $2'000.000
Dirección: Cra 9N° 138-40
Telefono: 320 427 9986
Correo: Kadm 1996@hotmail.com
EPS: Medimas
Pensión: Colpensiones

medimás EPS 3014492579

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. Formulario: | Fecha de Radicación: 20/12/2017

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Traslado de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliado: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código de la entidad (de la EPS):

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: PLAZ | Segundo apellido: MANGONEZ | Primer nombre: KEVIN | Segundo nombre: ARTURO
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Identificación: 1252794 1
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
Fecha de nacimiento: 21/09/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

10. Etnia:
11. Ocupación: Tipo: Cualificación:
12. Nivel SISBEN:
13. Grupo de población especial:
14. Actividad económica de la persona: Dependiente: Independiente: Colpensiones
15. Actividad económica de la empresa:
16. Ingreso mensual: 2000000
17. Residencia: Dirección: CRA 74 138-90 Teléfono fijo: 3004279786 Teléfono celular:
Municipio: Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Localidad/Comuna: Corregimiento/vereda:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

18. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
19. Tipo de documento de identidad:
20. Número del documento de identidad:
21. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
22. Fecha de nacimiento:

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

	23. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	24. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	26. Sexo	27. Fecha de nacimiento
01								
02								
03								
04								
05								

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

28. Nombre o razón social: CONSTRUCTORA ANDRECOL
29. Tipo de documento de identificación: NIT
30. Número: 900452410
31. Tipo de aportante (según la registrada en la EPS):
32. Dirección: CRA 96 # 72 A 96 Teléfono: 7249543 Correo electrónico:
Municipio: 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 D. Diferente Régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de 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 documento de identidad: | Número del documento de identidad: | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento:
42. EPS anterior: | 43. Tiempo de traslado: Cotizante: | 44. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: | 45. Fecha de novedad: 20/12/2018

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de hijo obligado a ser afiliado al Régimen Contributivo o Especial
48. Declaración de voluntad de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS consulte la información que se genere de la relación o de reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del afiliado o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

medimás EPS HABILITADO PARA ESTUDIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN REGIONAL CUNDINAMARCA Resolución 1327 de 2013

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Kevin D. 2012
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: CC | RC | TI | CE | PA | CD | PE | PT | Total:
57. Copia del documento de identidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública de adopción o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la cédula judicial o el carné militar que declare la separación de los padres y acredite parentesco del hijo(a) de cotizante o cónyuge o compañero(a) permanente
60. Copia del certificado de adopción o acta de otorgamiento del menor
61. Copia de la sentencia 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 jurada 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. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades, donde conste en la que consiste la entidad de bienestar policial a la cual pertenece el afiliado adicional
65. Copia del acta de conciliación

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: Rural:
68. Fecha de radicación:
69. Fecha de validación:
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad: | Número del documento de identidad: | 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado avala la veracidad de la información registrada y declara que conoce y cumple con el capítulo VII del presente.

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **KEVIN ARTURO DIAZ MANGONES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **92527941**, se encuentra afiliado (a) desde **13/11/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 20/12/2018

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:		6.96	
Actl. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC				
ION DE OLEODUCTOS					

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	483	21/12/2018	C 52515241	GAMA GARCIA LINA MARIA	5	6.9600	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.

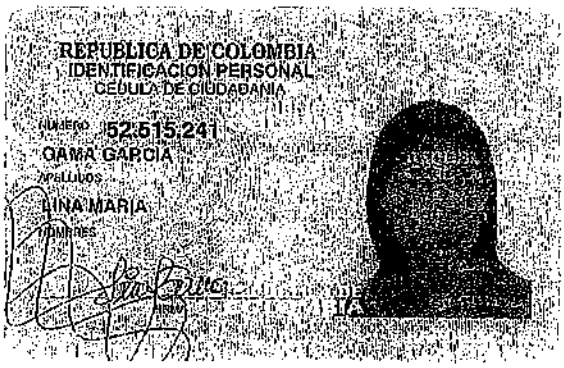
Cordial saludo,

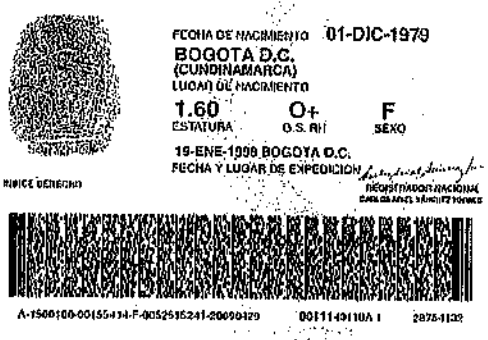
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certificado impreso el día 20/12/2018 8:11:07 a. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co

axF a9d529cdcd3065b323b35c189350e2d5

ABL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.515.241
GAMA GARCIA
APELLIDOS
LINA MARIA
NOMBRES
FIRMA
INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ENE-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500100-00155434-F-0052515241-20090129 0011149110A 1 2875-1132

correo: linamgama@gmail.com
EPS: Sanitas
Pensión: Porvenir
Cargo: Director del Proyecto
Telefono: 3208353743
Dirección: Cra 37 Nº 24-60
Salario: $ 7'000 000

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

107141246

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual / Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional / B. Colectiva / 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 Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado
Código (A registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: CARO | Segundo Apellido: GUZMAN | Primer Nombre: SARA | Segundo Nombre: JULIANA

7. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC
8. Número del documento de identidad: 52515241
9. Sexo: Femenino / Masculino
10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: 2.000.000
18. Residencia
Dirección: CARRERA 22 # 24 A 60
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3202355243
Correo Electrónico: JULIANA.GUZMAN.CARO@HOTMAIL.COM
Municipio / Distrito: BOGOTA
Zona: Urbana / Rural
Localidad / Comuna
Departamento: CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino / Masculino
23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
21 DIC 2018
Recibido Por:

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino / Masculino		
B2			Femenino / Masculino		
B3			Femenino / Masculino		
B4			Femenino / Masculino		
B5			Femenino / Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código dado por la IPS (A registrar por la EPS)

C
B
B
B

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

25. Nombre o razón social: CONSTRUCTORA

36. Tipo documento de identificación: NIT ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ CD ☐

37. Número del documento de identificación: 900452402

38. Tipo de cotizante (Registro para la EPS)

39. Ubicación
Dirección: CARRERA 57 # 72-49

Teléfono Fijo: 3015513

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: BOGOTA

Departamento: BOGOTA D.C.

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 NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad: CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Fecha de nacimiento: D M M A A A A

42. Fecha: D M M A A A A

43. EPS anterior: ADRES

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. DOCUMENTOS ANEXOS

56. Anexo 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 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 consta la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS
21 DIC 2018
Recibido Por:

X. DATOS DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA VALIDACIÓN

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: 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

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

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

Dato Identificación y nombre del Registro Comercial

Fecha de Radicación

Sticker precontingente

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LINA MARIA GAMA GARCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,515,241**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN
DEL DIA 19/12/2018

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900452410	Usuario Empresa	eARL144925
Nombre:	CONSTRUCTORA CAMACON SAS				
Dirección:	KR 96 72 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	administracion@constructoracamacon.com.c				
Teléfono:	4884609	Tarifa:		6.96	
Acti. Económica Principal:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARAC				
ION DE OLEODUCTOS					

DATOS USUARIO QUE REALIZA LA RADICACION

Cédula usuario	Nombres y apellidos del Usuario
4079408	LUIS FELIPE CASTRO MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo Vinculación
1	482	20/12/2018	C 79687667	ARIZA TUNJANO PEDRO FRANCISCO	5	6.9600	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.

Certificado impreso el día 19/12/2018 2:19:51 p. m. por el portal de ARL http://www.positivaenlinea.gov.co
axF 6199b49de4e8171ec24b1b9e7a400c6a

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.687.667
ARIZA TUNJANO
APELLIDOS
PEDRO FRANCISCO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-JUL-1993 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00365976-M-0079687667-20120323 0029476012A 1 1511772518

Salario: $1'500.000
EPS: Compensar
Pensión: Colpensiones
Telefono: 321 3788623
Dirección: Av. Cll 71C Nº 72A-14 Bogotá D.C.
Correo: pacho2306@gmail.com

compensar

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) PEDRO FRANCISCO ARIZA TUNJANO identificado(a) con cedula ciudadanía 79,687,687 ; se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CONSTRUCTORA CAMACON SAS NIT 900452410, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20181203	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: EILEEN CATALINA GARCIA
10575774 CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Bogotá D.C. Colombia
www.compensar.com

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **PEDRO FRANCISCO ARIZA TUNJANO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79687667,** se encuentra afiliado (a) desde **20/08/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	12/05/2005	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	PEDRO FRANCISCO ARIZA TUNJANO
Tipo de Documento:	CC Documento 79687667
Sexo M	F. Nacimiento: 23/06/1975 Edad: 43 Años
Entidad:	CONSTRUSAN INGENIEROS CIVILES LTDA
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	TOPOGRAFO
Fecha de Atencion:	2018-11-17
Fecha y Hora entrega resultados:	17/11/2018 11:08 AM

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA TRABAJO EN ALTURA
Resolución No. 1409 DE JULIO DE 2012

Realizado el Examen Médico Ocupacional con énfasis para TRABAJO EN ALTURAS, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo se encuentra:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NINGUNA

Recomendaciones:

CONTROL MEDICO ANUAL

Exámenes Realizados:

AUDIOMETRIA TAMIZ	ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	VISIOMETRIA	GLICEMIA
PERFIL LIPIDICO		

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ZULMA YAMILE QUIMBAYO RM: LIC 4453

Firma y sello del Médico Evaluador

PEDRO FRANCISCO ARIZA TUNJANO
C.C 79687667
Firma del trabajador Evaluado

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 18/01/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901053829	**Cédula Usuario:**	C 1122509735
Nombre:	ALV CONTRATISTAS S.A.S				
Dirección:	CL 45 A N 39 40 DOBLE CALZADA PORFIA				
Departamento:	META		**Municipio:**	VILLAVICENCIO	
Correo electrónico:	segurosjcdt@gmail.com				
Teléfono:	6828647		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISE¥O INDUSTRIAL Y DEMAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1122509735	FABIAN ANDRES CAUSI ARANDA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 13	19/01/2019	C 4690950	TUMIÑA HUILA HERMES	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.

FB22619C9937B2E671F631696727376F

Certificado impreso el día 1/18/2019 3:31:07 PM por el portal de empresas Edesk

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **HERMES WILLINTON TUMIÑA HUILA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **4,690,950**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

INSCRIPCIÓN TRABAJADOR

000104291002
No. RADICACIÓN

DATOS DEL EMPLEADOR

TIPO	No. IDENTIFICACIÓN	D.V.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CÓDIGO SUCURSAL
NIT	901053829	4	ALV CONTRATISTAS S.A.S.	

DATOS PERSONALES

TIPO	No. IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC	4690950	TUMIÑA	HUILA	HERMES	WILLINTON

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO M/F	DIRECCIÓN RESIDENCIA: DIRECCIÓN
1980-12-17	Soltero	M	CRA 81I NO. 58J 22 SUR

CIUDAD	CÓDIGO CIUDAD O MUNICIPIO	CÓDIGO DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
BOGOTA	11001	11		3148331582	carol75-3@hotmail.com

DATOS LABORALES

TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INGRESO	HORAS CONTRATADAS	DIARIAS	TOTAL MES	TIPO DE SALARIO	SUELDO BÁSICO
Indefinido	2019-01-18		8	240	Básico	$ 828116

COMISIONES	TOTAL SALARIO MENSUAL	SITIO DONDE REALIZARÁ SUS ACTIVIDADES
$ 0	$ 828.116	Establecimiento de Comercio

TIPO DE ACTIVIDAD O CARGO QUE DESARROLLARÁ	¿VIVE EN EL SECTOR RURAL? SI/NO	TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO SI/NO	TRABAJA EN OTRA EMPRESA SI/NO
Operario, Ayudante, Obrero y Construcción	No	No	No

TIPO	No. IDENTIFICACIÓN	D.V.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	HORAS AL MES	SUELDO BÁSICO	COMISIONES	TOTAL SALARIO MENSUAL
					$	$	$

ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM — APROBADO SI/NO — CAUSALES DE REVISIÓN (VER ANEXO) ☐ ☐ ☐

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)

TIPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO A M D

CONVIVENCIA SI/NO	OCUPACIÓN	TIPO	No. IDENTIFICACIÓN	D.V.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No				0	

SUELDO BÁSICO	COMISIONES	TOTAL SALARIO MENSUAL	RECIBE SUBSIDIO SI/NO	POR LOS MISMOS HIJOS SI/NO
$	$	$ 0	No	No

ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM — APROBADO SI/NO — CAUSALES DE REVISIÓN (VER ANEXO) ☐ ☐ ☐

DATOS DE PERSONAS A CARGO

☐ INGRESO DE NOVEDAD PARA CÓNYUGE / PAC / PADRES BIOLÓGICOS

EL CAMPO PADRE BIOLÓGICO APLICA A LA PERSONA A CARGO HIJO Y UNICAMENTE SE DEBE DILIGENCIAR SI ES DIFERENTE AL CONYUGE O COMPAÑERO RELACIONADO EN ESTE FORMULARIO.

TIPO	No. IDENTIFICAC.	NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LAS PERSONAS A CARGO			SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO				DISCAPACIDAD	TIPO	No. IDENTIFICAC.	NOMBRE(S) COMPLETO(S) PADRE O MADRE BIOLÓGICO(A)
		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	M/F	AÑO MES DÍA	HIJO 1	HIJASTRO 2	PADRE 3	HERMANO 4				

OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURADA

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE ESTE INFORME HA SIDO EXAMINADO POR MI Y QUE CONTIENE UNA VERDADERA Y COMPLETA RELACIÓN DE LOS HIJOS, CONYUGE O COMPAÑERO(A), PADRE(S) Y HERMANOS.

HERMES WILLINTON TUMIÑA HUILA
NOMBRE DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL TRABAJADOR	CÉDULA Nº	DE	FIRMA DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA
	4690950	BOGOTÁ		BOGOTÁ	2019-01-18

ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM

SELLO RECIBIDO	SELLO GRABADO
	CAROLINA JIMENEZ ZAPAT - 52125673

89

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código IU registrar por la EPS: 1

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: TUMIÑA | Segundo apellido: HUILA | Primer nombre: HERMES | Segundo nombre: WILLINTON
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 4690950
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 17 12 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: 828.116
18. Residencia: Dirección: CARRERA 81 I # 58J-22 | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3102144434 | Correo electrónico:
Municipio/Distrito: BOGOTA D.C | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna: | Departamento: BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo	Condición	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 asignado por la EPS
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: ALV CONTRATISTAS S.A.S
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 901053829
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: Cra 35 # 34A-64 | Teléfono: 6828647 | Correo electrónico: | Municipio/Distrito: VILLAVICENCIO | Departamento: META

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Regimen 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 documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 8 0 1 2 0 1 9

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Hermes Tumaco

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Johana Ceballos

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad:				X					1

- [ ] 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 unión marital de hecho
- [ ] 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 sustente la afiliación de oficio

medimás

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS
SANDRA JOHANNA CEBALLOS
DIA 16 MES 01 AÑO 19

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio: Código del departamento:	Número de ficha: Puntaje: Nivel:		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CEBALLOS	ACOSTA	SANDRA	JOHANA

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
CC	40189668	Johana Ceballos

OBSERVACIONES:

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligencialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los codigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

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): MANUEL ALFREDO MORALES identificado con Cédula Ciudadanía No. 4285414, de la empresa ALV CONTRATISTAS S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 12/01/2019 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de enero de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/01/2019, el empleador ALV CONTRATISTAS SAS identificado con NIT número 901053829 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
1661742	11/01/2019	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4285414	MANUEL ALFREDO MORALES	828116	OBRERO DE OBRAS PUBLICAS	2019-01-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Enero del año 2019.

Cordialmente,

ALBERTO REMOLINA PARRA

Coordinador de Afiliaciones

Gerencia Nacional de Afiliaciones

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE NOVEDAD DE INGRESO O ACTUALIZACIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

STICKER DE RADICACIÓN

POSITIVA 015609-F:2
C-1049626760
Trab Nuevos Emp Ant
BOGOTA D.C.
BOGOTA D.C.
19/08/2015
11:33:39 a.m.
2015-11-005-015609

TRÁMITE	TIPO DE VINCULACIÓN		
☐ AFILIACIÓN	☒ DEPENDIENTE	☐ SERVICIO DOMÉSTICO	
☐ ACTUALIZACIÓN	☐ MADRE COMUNITARIA	☐ APRENDIZ SENA	
	☐ OTRO		

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

* No. DE DOCUMENTO: 800952400 | TIPO DOC.: C ☒ N ☐ T ☐ E ☐ P ☐ | DV: 0 | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: COMERCIALIZADORA CAMACHO TAM

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

* No. DE DOCUMENTO: 1049626760 | TIPO DOC.: C ☒ T ☐ E ☐ P ☐ | PRIMER APELLIDO: ALVAREZ | SEGUNDO APELLIDO: NIÑO

PRIMER NOMBRE: CLAUDIA | SEGUNDO NOMBRE: PAOLA

* FECHA NACIMIENTO: AÑO 1991 MES 05 DÍA 25 | SEXO: M ☐ F ☒ | SALARIO: 644350 | NACIONALIDAD: COLOMBIA

EPS ACTUAL: NUEVA EPS | AFP ACTUAL: POSITIVA PORVENIR

DIRECCIÓN RESIDENCIA: VEREDA NOANOA

DEPARTAMENTO RESIDENCIA: CEVINZA | MUNICIPIO RESIDENCIA: BOYACA

CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3133257786 | CORREO ELECTRÓNICO:

OCUPACIÓN CARGO ACTUAL: INGENIERO | TELETRABAJADOR SI ☐ NO ☒

III. INFORMACIÓN CENTRO DE TRABAJO

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA (El primer dígito corresponde a la tarifa de riesgo): 5 | 4530 | 02 | DEPARTAMENTO: BOGOTA DC

MUNICIPIO: BOGOTA DC | TELÉFONO: 4884609

DIRECCIÓN: CRA 96 #72-40

IV. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL)

① TIPO DOC.: C ☐ U ☐ T ☐ E ☐ P ☐ R ☐ | No. DE DOCUMENTO: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:

FECHA NACIMIENTO: AÑO MES DÍA | SEXO: M ☐ F ☐ | PARENTESCO: Cónyuge Compañero permanente ☐ | Padres ☐ | Hijos ☐ | Hermanos Inválidos ☐ | Hijos Inválidos ☐

② TIPO DOC.: C ☐ U ☐ T ☐ E ☐ P ☐ R ☐ | No. DE DOCUMENTO: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:

FECHA NACIMIENTO: AÑO MES DÍA | PARENTESCO: Cónyuge Compañero permanente ☐ | Padres ☐ | Hijos ☐ | Hermanos Inválidos ☐ | Hijos Inválidos ☐

③ TIPO DOC.: C ☐ U ☐ T ☐ E ☐ R ☐ | No. DE DOCUMENTO: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:

FECHA NACIMIENTO: AÑO MES DÍA | SEXO: M ☐ F ☐ | PARENTESCO: Cónyuge Compañero permanente ☐ | Padres ☐ | Hijos ☐ | Hermanos Inválidos ☐ | Hijos Inválidos ☐

EL CONTENIDO DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EN PRESENTE FORMULARIO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LOS SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR DEPENDIENTE Y A LA ACTIVIDAD LABORAL QUE VA A DESARROLLAR

NOMBRE: Andrés Martínez
C.C.: 80814307

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

FIRMA DEL TRABAJADOR

ENMENDADURA, TACHÓN O FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON * RISCO GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN.

OPIXPRESS

Junio - 2014 SF. 2

Para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución 2400 de 1979 y los Decretos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos La

Autorizado por la Superintendencia Financiera de Colombia según Resolución 1295 de Diciembre de 1994

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

No. 1.049.626.760
ALVAREZ NIÑO

ANA PAOLA



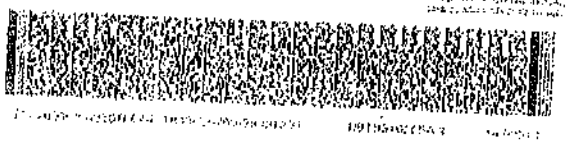


FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 25-MAY-1991
CERINZA
(BOYACA)

ESTATURA 1.60 G.S. RH B+ SEXO F

13-SEP-2009 DUQUA

FIRMA Y HUELLA DEL REGISTRADOR



INDICE DERECHO

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/08/2015, el empleador CONSTRUCTORA CAMACON S.A identificado con NIT número 900452410 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
376955	24/08/2015	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1049626760	RITA PAOLA ALVAREZ NIÑO	644350	INGENIERO CIVIL	2015-09-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Agosto del año 2015.

Cordialmente,

ALBERTO REMOLINA PARRA

Coordinador de Afiliaciones

Gerencia Nacional de Afiliaciones

Protección
Pensiones y Cesantías

FONDOS DE PENSIONES OBLIGATORIAS
CLL 49 # 63 - 100
MEDELLÍN

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Señor(a) ALVAREZ NIÑO RITA PAOLA identificado(a) con CC número 1.049.626.760, se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de octubre de 2013 y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.

Con anterioridad a la entrada en vigencia del esquema multifondos, sólo existía un fondo de pensiones obligatorias, denominado Fondo de Pensiones Obligatorias Protección.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de agosto de 2015.

Cordialmente,

Jhon Eduard Parra Lara
Área administración de información de los clientes
Protección S.A

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 10608
Carrera 22 No. 83 -51 - Barrio el Polo - PBX - 3001509
unirionegro@gmail.com

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1049626760-22312

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar: 20/06/2018 BOGOTA D.C
Paciente: RITA PAOLA ALVAREZ NIÑO
Género FEMENINO **Edad:** 27
Fecha Nacimiento: 25/05/1991
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección KR 96 N 72 - 49
Empresa CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S
Empresa en Misión: CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1049626760
Teléfono **Móvil:** 3212573265
Cargo: AUXILIAR DE LICITACION Y CONTRATOS
EPS:
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRIA	REQUIERE GAFAS
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

_ APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

SIN RESTRICCION

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECANICO
PSICOSOCIAL
AUTOEXAMEN DE SENO

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR: Autorizo al (ala) doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar mi examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es), registrado (s) en este documento. El (la) doctor (a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y proposito de examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido la oprtunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico ocupacional (es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las prueba (s). Entiendo que la realizacion de esta (as) pueba (as) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen (es). Fui informado de las medidas que tomara la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (as) examen (es) estan completas y son veridicas. Autorizo a la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior, y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

JOSE ALEJANDRO PALOMINO HERNANDEZ 017195 2364
Médico Especialista en Salud Laboral

RITA PAOLA ALVAREZ NIÑO 1049626760
Firma y cédula del Paciente

ARL | sura

Medellín, 29 de agosto de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que SANDRO JOSE PRIETO MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 79504123 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 16/01/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FS PROYECTOS DE INGENIERIA S A S N900355997

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TÉCNICO, INCLUYE ACTIVIDADES, DE DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, AGRIMENSURA Y DE EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS ASI COMO LA PRESTACION DE ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO, EL DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MÁQUINAS (SIN INTERVENCION DIRECTA EN LAS OBRAS)
CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000005 - PRINCIPAL
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:C292290311824157333

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/08/2018 3:55 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SANDRO JOSE PRIETO MUNOZ identificado(a) con C.C No. 79.504.123, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de septiembre del 2018.

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 duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SANDRO JOSE PRIETO MUNOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 79.504.123 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SANDRO JOSE PRIETO MUNOZ NIT 79504123, en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado (a), a los 06 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: JAVIER BAEZ

CER-AFI 9531457

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Unimsalud S.A.S.
Servicios de Salud Ocupacional
NIT: 830011008-7

CERTIFICADO DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL - EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO



Certificado:
79504123-215412

DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	26/07/2017	**Nombre:**	SANDRO JOSE PRIETO MUÑ OZ	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD
Lugar:	BOGOTA D.C	**Identificación:**	79504123	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	FS PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S -	**Género**	MASCULINO	**Dirección**	CLL 22 A NO 72 B 48 APTO 304
Cargo:	REPRESENTANTE LEGAL	**Edad:**	46	**Teléfono Fijo:**	NO
ARL:	POSITIVA	**Escolaridad:**	MAESTRIA	**Teléfono Móvil:**	3115132995
Estado Civil:	UNIÓ N LIBRE	**Peso: 76 Talla: 178 IMC: 24**			

DIAGNOSTICO LABORAL

PRUEBA	CONSIDERACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRÍA		1. CONTROL SEMESTRAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓ N AUDITIVA EN EXPOSICIÓ N A RUIDO
ESPIROMETRÍA		REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRÍA		CONTROL ANUAL,USO DE CORRECCION OPTICA DE CERCA, VALORACION DE OPTOMETRIA POR EPS PARA CAMBIO DE FORMULA DE CERCA
MEDICINA OCUPACIONAL		EN LA VIDA DIARIA: DIETA CORRIENTE, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. HÁ BITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍ SICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓ N. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. EN EL TRABAJO: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓ N PERSONAL. DEBE HACER USO DE LA CORRECCIÓ N VISUAL EN LAS LABORES QUE REQUIEREN VISIÓ N DE CERCA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR		EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES QUE NO INTERVIENEN CON SU TRABAJO

Observaciones: PUEDE DESEMPEÑ AR SU LABOR.

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CONSERVACIÓ N VISUAL

CONSERVACIÓ N AUDITIVA

REMISIÓN A ESPECIALIDAD POR SU EPS

NO -

CONSIDERACIONES JURIDICAS

DE CONFORMIDAD CON LA HISTORIA CLÍNICA DEL TRABAJADOR, ESTE AUTORIZA A UNIMSALUD A ENTREGAR LOS RESULTADOS A LA EMPRESA. LA HISTORIA CLÍNICA DE ACUERDO A LA LEY QUEDARA EN CUSTODIA EN LOS ARCHIVOS DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL UNIMSALUD, Y SERÁ FACILITADA EN CASO DE SER REQUERIDA POR LA EMPRESA, EL TRABAJADOR Y LAS AUTORIDADES COMPETENTES. EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

Jorge A Chamorro O.
Licencia S S O
1827/2012

JORGE ALEJANDRO CHAMORRO ORDOÑEZ 1827/2012
Médico Especialista en Salud Laboral

SANDRO JOSE PRIETO MUÑOZ 79504123
Firma y cédula del Paciente

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900452410	0	CONSTRUCTORA CAMACON S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CARRERA 96#72-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7049548	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2019-01	413076623	8488729971	E	2019/01/04	2019/02/11	BANCO DE OCCIDENTE	38	$17,682,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.		Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: ADMINISTRACION (33 Afiliados)						$54,365,564	$8,859,000			$54,365,564	$2,171,900			$54,365,564	$2,171,900			$54,365,564	$3,763,500		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (12 Afiliados)						$29,775,359	$4,924,300			$29,775,359	$1,188,000			$29,775,359	$1,188,000			$29,775,359	$2,051,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)						$29,775,359	$4,924,300			$29,775,359	$1,188,000			$29,775,359	$1,188,000			$29,775,359	$2,051,000		$0	$0
1	CC	1050200464	ALVAREZ FABIAN	230301	29	$2,311,590	$369,900	EPS037	29	$2,311,590	$92,500	CCF22	29	$2,311,590	$92,500	14-23	29	$2,311,590	$160,900	29	$0	$0
2	CC	1050200464	ALVAREZ FABIAN	230301	1	$79,710	$12,800	EPS037	1	$79,710	$0	CCF22	1	$79,710	$0	14-23	1	$79,710	$0	1	$0	$0
3	CC	1049626760	ALVAREZ RITA	230201	30	$2,717,391	$434,800	EPS037	30	$2,717,391	$108,700	CCF22	30	$2,717,391	$108,700	14-23	30	$2,717,391	$169,200	30	$0	$0
4	CC	51755376	AREVALO ANA	230301	30	$900,000	$144,000	EPS008	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-23	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0
5	CC	52531585	CASTELLANOS CLAUDIA	231001	30	$5,000,000	$850,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
6	CC	4079408	CASTRO LUIS	25-14	30	$5,000,000	$850,000	EPS017	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
7	CC	1052000535	DIAZ YENNY	230301	23	$766,667	$122,700	EPS037	23	$766,667	$30,700	CCF22	23	$766,667	$30,700	14-23	23	$766,667	$93,400	23	$0	$0
8	CC	1052000965	DIAZ YENNY	230301	7	$233,334	$37,400	EPS037	7	$233,334	$9,400	CCF22	7	$233,334	$9,400	14-23	7	$233,334	$0	7	$0	$0
9	CC	1022364015	GOMEZ MARY	230301	20	$866,667	$138,700	EPS008	20	$866,667	$34,700	CCF22	20	$866,667	$34,700	14-23	20	$866,667	$60,400	20	$0	$0
10	CC	79802268	HERRERA NELSON	25-14	30	$900,000	$144,000	MINI001	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-23	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0
11	CC	79002364	JIMENEZ XAVIER	25-14	30	$6,000,000	$1,020,000	EPS005	30	$6,000,000	$240,000	CCF22	30	$6,000,000	$240,000	14-23	30	$6,000,000	$417,600	30	$0	$0
12	CC	1049372666	RAMIREZ DIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
13	CC	52216141	ROZO ANGELICA	25-14	30	$900,000	$144,000	EPS008	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-23	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0
14	CC	1022380777	TORRES JENIFFER	230201	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-23	30	$2,800,000	$194,900	30	$0	$0
Centro de Trabajo: CVP-USAQUEN (7 Afiliados)						$5,563,538	$890,400			$5,563,538	$222,800			$5,563,538	$222,800			$5,563,538	$387,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)						$5,563,538	$890,400			$5,563,538	$222,800			$5,563,538	$222,800			$5,563,538	$387,700		$0	$0
15	CC	1019219068	AGUIRRE ANGELA	231001	11	$916,667	$146,700	EPS005	11	$916,667	$36,700	CCF22	11	$916,667	$36,700	14-23	11	$916,667	$63,900	11	$0	$0
16	CC	79682667	ARUZA PEDRO	25-14	11	$550,000	$88,000	EPS008	11	$550,000	$22,000	CCF22	11	$550,000	$22,000	14-23	11	$550,000	$38,300	11	$0	$0
17	CC	92527941	DIAZ KEVIN	25-14	10	$666,667	$106,700	EPS044	10	$666,667	$26,700	CCF22	10	$666,667	$26,700	14-23	10	$666,667	$46,500	10	$0	$0
18	CC	52512241	GAMA LINA	230301	10	$733,334	$117,400	EPS005	10	$733,334	$29,400	CCF22	10	$733,334	$29,400	14-23	10	$733,334	$51,100	10	$0	$0
19	CC	1012335601	RAMIREZ JEISON	25-14	11	$286,456	$45,900	EPS010	11	$286,456	$11,500	CCF22	11	$286,456	$11,500	14-23	11	$286,456	$20,000	11	$0	$0
20	CC	1026267943	SOLER DIANA	230301	30	$2,150,000	$344,000	EPS005	30	$2,150,000	$86,000	CCF22	30	$2,150,000	$86,000	14-23	30	$2,150,000	$149,700	30	$0	$0
21	CC	1023918037	TOQUICA EDGAR	25-14	10	$260,414	$41,700	EPS002	10	$260,414	$10,500	CCF22	10	$260,414	$10,500	14-23	10	$260,414	$18,200	10	$0	$0
Centro de Trabajo: OPERATIVA (12 Afiliados)						$15,760,000	$2,521,600			$15,760,000	$630,400			$15,760,000	$630,400			$15,760,000	$1,097,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)						$15,760,000	$2,521,600			$15,760,000	$630,400			$15,760,000	$630,400			$15,760,000	$1,097,300		$0	$0
22	CC	80322648	CASTILLO RAMON	230201	30	$1,600,000	$256,000	EPS017	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-23	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0
23	CC	79759094	CORREA JAIME	230301	30	$1,340,000	$214,400	EPS017	30	$1,340,000	$53,600	CCF22	30	$1,340,000	$53,600	14-23	30	$1,340,000	$93,300	30	$0	$0
24	CC	1013617657	ESPITIA JEISSON	230201	30	$1,170,000	$187,200	EPS037	30	$1,170,000	$46,800	CCF22	30	$1,170,000	$46,800	14-23	30	$1,170,000	$81,500	30	$0	$0
25	CC	1026260903	GARZON WILMAR	230301	30	$2,100,000	$336,000	EPS002	30	$2,100,000	$84,000	CCF22	30	$2,100,000	$84,000	14-23	30	$2,100,000	$146,200	30	$0	$0
26	CC	79806093	JIMENEZ JOHN	230201	30	$1,270,000	$203,200	EPS017	30	$1,270,000	$50,800	CCF22	30	$1,270,000	$50,800	14-23	30	$1,270,000	$88,400	30	$0	$0
27	CC	9845700	MUÑOZ OSCAR	25-14	30	$1,270,000	$203,200	EPS005	30	$1,270,000	$50,800	CCF22	30	$1,270,000	$50,800	14-23	30	$1,270,000	$88,400	30	$0	$0
28	CC	1022979843	RODRIGUEZ YEISON	230301	30	$1,170,000	$187,200	EPS037	30	$1,170,000	$46,800	CCF22	30	$1,170,000	$46,800	14-23	30	$1,170,000	$81,500	30	$0	$0
29	CC	19256886	SOTO DIEGO	231001	30	$1,050,000	$168,000	EPS037	30	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,050,000	$42,000	14-23	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0
30	CC	79389366	TRIVIÑO CARLOS	230201	30	$1,050,000	$168,000	EPS044	30	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,050,000	$42,000	14-23	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0
31	CC	79994161	VARGAS LEON	231001	30	$1,050,000	$168,000	EPS017	30	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,050,000	$42,000	14-23	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0
32	CC	79382732	VELANDIA JOSE	25-14	30	$1,270,000	$203,200	EPS005	30	$1,270,000	$50,800	CCF22	30	$1,270,000	$50,800	14-23	30	$1,270,000	$88,400	30	$0	$0
33	CC	80185905	ZABALA CESAR	230301	30	$1,420,000	$227,200	EPS044	30	$1,420,000	$56,800	CCF22	30	$1,420,000	$56,800	14-23	30	$1,420,000	$98,900	30	$0	$0
Centro de Trabajo: SAN FRANCISCO (2 Afiliados)						$3,266,667	$522,700			$3,266,667	$130,700			$3,266,667	$130,700			$3,266,667	$227,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$3,266,667	$522,700			$3,266,667	$130,700			$3,266,667	$130,700			$3,266,667	$227,500		$0	$0
34	CC	1012360130	BAYONA DIEGO	230301	30	$2,600,000	$416,000	EPS017	30	$2,600,000	$104,000	CCF22	30	$2,600,000	$104,000	14-23	30	$2,600,000	$181,000	30	$0	$0
35	CC	79782400	BERNAL CARLOS	25-14	5	$666,667	$106,700	EPS037	5	$666,667	$26,700	CCF22	5	$666,667	$26,700	14-23	5	$666,667	$46,500	5	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PAYANDE (1 Afiliados)						$781,242	$125,100			$781,242	$31,400			$781,242	$31,400			$781,242	$45,400		$0	$0
Centro de Trabajo: IBAGUE (1 Afiliados)						$781,242	$125,100			$781,242	$31,400			$781,242	$31,400			$781,242	$45,400		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$781,242	$125,100			$781,242	$31,400			$781,242	$31,400			$781,242	$45,400		$0	$0
36	CC	1006118366	DIAZ YINET	230201	25	$651,035	$104,200	EPS005	25	$651,035	$26,100	CCF50	25	$651,035	$26,100	14-23	25	$651,035	$45,400	25	$0	$0
37	CC	1006118366	DIAZ YINET	230201	5	$130,207	$20,900	EPS005	5	$130,207	$5,300	CCF50	5	$130,207	$5,300	14-23	5	$130,207	$0	5	$0	$0
Total	**Afiliados(34)**					$55,146,806	$8,984,100			$55,146,806	$2,203,300			$55,146,806	$2,203,300			$55,146,806	$3,808,900		$0	$0

PAGADO

2019/02/11 04:25 PM

103

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900452410	0	CONSTRUCTORA CAMACON S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CARRERA 96#72-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7049548	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2019-01	413076623	84888725971	E	2019/01/04	2019/02/11	BANCO DE OCCIDENTE	38	$17,682,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				34	$8,984,100	$252,200	$0	$9,236,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$1,332,700	$37,600	$0	$1,370,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$2,953,400	$82,900	$0	$3,036,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$2,875,700	$80,600	$0	$2,956,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$1,822,300	$51,100	$0	$1,873,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				34	$3,808,900	$106,700	$0	$3,915,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	34	$3,808,900	$106,700	$0	$3,915,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				34	$2,203,300	$61,800	$0	$2,265,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	33	$2,171,900	$60,900	$0	$2,232,800
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	1	$31,400	$900	$0	$32,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				34	$2,203,300	$62,300	$0	$2,265,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$240,700	$6,800	$0	$247,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$11,500	$400	$0	$11,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	9	$514,400	$14,500	$0	$528,900
FOSYGA	NN001	901,037,916	1	1	$36,000	$1,100	$0	$37,100
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	1	3	$125,500	$3,600	$0	$129,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$403,600	$11,400	$0	$415,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$94,500	$2,700	$0	$97,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	$777,100	$21,800	$0	$798,900
TOTAL				34	$17,199,600	$483,000	$0	$17,682,600

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que SOPORTE GEOTECNICO SAS identificado(a) con NI 900826437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DIEGO ALEXANDER REYES VELANDIA identificado(a) con CC 79057911

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8487293458	400858787	E	2019-01-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2019-01	30																		$3,000,000	12.5%	$375,000
8487293458	400858787	E	2019-01-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30																		$3,000,000	16%	$480,000
8487293458	400858787	E	2019-01-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2018-12	30																		$3,000,000		$0
8487293458	400858787	E	2019-01-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2018-12	30																		$3,000,000		$0
8487293458	400858787	E	2019-01-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2018-12	30																		$0	0%	$0
8487293458	400858787	E	2019-01-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2018-12	30																		$0	0%	$0
8487293458	400858787	E	2019-01-03	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30																		$3,000,000	6.96%	$208,800
8487293458	400858787	E	2019-01-03	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30																		$3,000,000	4%	$120,000
8487293458	400858787	E	2019-01-03	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30																		$3,000,000	2%	$60,000
8487293458	400858787	E	2019-01-03	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30																		$3,000,000	3%	$90,000
8486470981	391441682	E	2018-12-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30																		$3,000,000	12.5%	$375,000
8486470981	391441682	E	2018-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$3,000,000	16%	$480,000
8486470981	391441682	E	2018-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2018-11	30																		$3,000,000		$0
8486470981	391441682	E	2018-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2018-11	30																		$3,000,000		$0
8486470981	391441682	E	2018-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2018-11	30																		$0	0%	$0
8486470981	391441682	E	2018-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2018-11	30																		$0	0%	$0
8486470981	391441682	E	2018-12-03	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$3,000,000	6.96%	$208,800
8486470981	391441682	E	2018-12-03	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$3,000,000	4%	$120,000
8486470981	391441682	E	2018-12-03	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$3,000,000	2%	$60,000
8486470981	391441682	E	2018-12-03	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$3,000,000	3%	$90,000

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900722435	3	MKFCH ARQUITECTOS SAS	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	OFICINA	KR 26A No. 22A-67 BL. 26 Apto 2611	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2858865	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2019-01	402494914	8487628399	E	2019/01/10	2019/01/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,841,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: OFICINA (3 Afiliados)						$6,781,242	$1,085,100				$6,781,242	$271,400			$6,781,242	$203,600			$6,781,242	$281,200		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (1 Afiliados)						$781,242	$125,100				$781,242	$31,400			$781,242	$23,600			$781,242	$2,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,100				$781,242	$31,400			$781,242	$23,600			$781,242	$2,600		$0	$0
1	CC	51612777	TORRES ANA	25-14	20	$520,828	$83,400		EPS008	20	$520,828	$20,900	CCF24	20	$520,828	$15,700	14-28	20	$520,828	$2,600	20	$0	$0
2	CC	51612777	TORRES ANA	25-14	10	$260,414	$41,700		EPS008	10	$260,414	$10,500	CCF24	10	$260,414	$7,900	14-28	10	$260,414	$0	10	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (2 Afiliados)						$6,000,000	$960,000				$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$180,000			$6,000,000	$278,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$6,000,000	$960,000				$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$180,000			$6,000,000	$278,400		$0	$0
3	CC	79844501	CHACON FREDDY	230301	20	$2,000,000	$320,000		EPS008	20	$2,000,000	$80,000	CCF24	20	$2,000,000	$60,000	14-28	20	$2,000,000	$139,200	20	$0	$0
4	CC	79844501	CHACON FREDDY	230301	10	$1,000,000	$160,000		EPS008	10	$1,000,000	$40,000	CCF24	10	$1,000,000	$30,000	14-28	10	$1,000,000	$0	10	$0	$0
5	CC	52200165	CORTES MONICA	230301	20	$2,000,000	$320,000		EPS008	20	$2,000,000	$80,000	CCF24	20	$2,000,000	$60,000	14-28	20	$2,000,000	$139,200	20	$0	$0
6	CC	52200165	CORTES MONICA	230301	10	$1,000,000	$160,000		EPS008	10	$1,000,000	$40,000	CCF24	10	$1,000,000	$30,000	14-28	10	$1,000,000	$0	10	$0	$0
Total	**Afiliados(3)**					$6,781,242	$1,085,100				$6,781,242	$271,400			$6,781,242	$203,600			$6,781,242	$281,200		$0	$0

PAGADO

2019/01/09 03:17 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900722435	3	MKFCH ARQUITECTOS SAS	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	OFICINA	KR 26A No. 22A-67 Bl. 26 Apto 2611	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2858865	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2019-01	402494914	8487628399	E	2019/01/10	2019/01/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,841,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$1,085,100	$0	$0	$1,085,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,100	$0	$0	$125,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$960,000	$0	$0	$960,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$281,200	$0	$0	$281,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	3	$281,200	$0	$0	$281,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$203,600	$0	$0	$203,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$203,600	$0	$0	$203,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$271,400	$0	$0	$271,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$271,400	$0	$0	$271,400
TOTAL				3	$1,841,300	$0	$0	$1,841,300

PAGADO

2019/01/09 03:17 PM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79683578	FABIAN TAFUR SANCHEZ		CRA 46 NO. 22 B -21 ED SALITRE OFFICE OFICINA 415	8985681	fabiantafsan@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
			2019/01/08		EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-12	2018-12	I	08/01/2019	31960320	928.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.100	928.100

COPIA
CT 79683320

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79683578	FABIAN TAFUR SANCHEZ		CRA 46 NO. 22 B -21 ED SALITRE OFFICE	8985681	fabiantafsan@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-12	2018-12	I	08/01/2019	31960320	$928.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	Estudiante	VSP	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79683578	TAFUR SANCHEZ FABIAN	57	0			N																231001	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-28	3.000.000	3	72.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que EDINSON ALBERTO URIBE CHACA identificado(a) con CC 1081418186 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: ALFONSO URIBE S Y CIA S.A. NI 830066664

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
8486580006	392154571	E	2018-12-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-12	30									X								
8486580006	392154571	E	2018-12-05	AFP	251001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30									X								
8486580006	392154571	E	2018-12-05	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30									X								
8486580006	392154571	E	2018-12-05	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30									X								

Este certificado se expide el día 2019-01-11 a las 09:01.

PAGADO

Simple

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2019-01-14, 08:56:59 AM **Tipo Planilla:** : Planilla independientes **Número Planilla:** 1018143963

Periodo Cotización: diciembre de 2018

Periodo Servicio: diciembre de 2018

PAGADO 14/01/2019

Datos del Aportante

Razón Social	SANDRO JOSE PRIETO MUNOZ		
Documento	CC79504123	**Dirección**	KR 46 N 22B-20 OF 415
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7560055
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 468.000	$ 1.800	$ 469.800
N800256161	14-28	ARP SURA	1	$ 74.300	$ 300	$ 74.600
N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS	1	$ 381.300	$ 1.400	$ 382.700
Total Pagado				$ 943.600	$ 3.500	$ 947.100

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

ANEXO 2. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DEL CONTRATISTA

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL -EPP	Código: SST-IMP-16-03
		Versiòn: 4
		Fecha: 19/11/2018

PROYECTO:	CUP	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:**	Angela Lucia Aguirre Segura
CONTRATO No.	691-2018	**CARGO:**	Profesional SSTMA
SUBCONTRATISTA:	No aplica.	**CÉDULA:**	1073219068
RESPONSABLE DE ENTREGA:	Angela Aguirre	**FIRMA TRABAJADOR:**	Angela Aguirre

FECHA DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD				ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP																								FIRMA RECIBIDO
	ENTREGA	REPOSICIÓN			TAPA BOCAS	TAPA OIDOS INSERCION	TAPA OIDOS COPA	CASCO	GAFAS PROTECCIÓN	BOTAS TIPO INGENIERO	CARETA DE SEGURIDAD	BOTAS CAUCHO CON PUNTERA	BOTAS MATERIAL	OVEROL	GUANTES CARNAZA	GUANTES VAQUETA	CHAQUETA	CHALECO	GORRA	PITO	BARBUQUEJO	EQUIPO TRABAJO EN ALTURAS	IMPERMEABLE	PALETA	BRAZALETE	GUANTES CAUCHO LARGOS	GUANTES CAUCHO CORTO	
		DESGASTE	PERDIDA	VIDA UTIL																								
10 enero 2019	X																	X							X			Angela Aguirre

IMPORTANTE:
En el momento de recibir el EPP, el trabajador debe verificar y comprobar su optimo estado.
El trabajador se compromete a mantener los elementos suministrados en buenas condiciones físicas y de aseo, darles un uso adecuado de acuerdo a la actividad laboral y riesgos según exposición.
El trabajador debera responder por los elementos entregados para el desarrollo de su actividad, por lo tanto autoriza descontar de su salario o prestaciones sociales todos aquellos elementos que se pierdan bajo su custodia, por daños o mal uso.
De acuerdo al decreto ley 1295/1994 Art 22. Concordancia con el C.S.T la NO utilización de EPP presentará la aplicación de sanciones.

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL -EPP	Código: SST-IMP-16-03
		Versiòn: 4
		Fecha: 19/11/2018

PROYECTO: CUP

CONTRATO No. GM-2018

SUBCONTRATISTA: No aplica.

RESPONSABLE DE ENTREGA: Angela Aguirre

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Danna Soler Ruiz

CARGO: Residente social

CÉDULA: 1.026.269.943

FIRMA TRABAJADOR: DannaSoler

FECHA DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD				ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP																								FIRMA RECIBIDO
	ENTREGA	REPOSICIÓN			TAPA BOCAS	TAPA OIDOS INSERCION	TAPA OIDOS COPA	CASCO	GAFAS PROTECCIÓN	BOTAS TIPO INGENIERO	CARETA DE SEGURIDAD	BOTAS CAUCHO CON PUNTERA	BOTAS MATERIAL	OVEROL	GUANTES CARNAZA	GUANTES VAQUETA	CHAQUETA	CHALECO	GORRA	PITO	BARBUQUEJO	EQUIPO TRABAJO EN ALTURAS	IMPERMEABLE	PALETA	BRAZALETE	GUANTES CAUCHO LARGOS	GUANTES CAUCHO CORTO	
		DESGASTE	PERDIDA	VIDA UTIL																									
10 enero 2019																		X							X			DannaSoler

IMPORTANTE:
En el momento de recibir el EPP, el trabajador debe verificar y comprobar su optimo estado.
El trabajador se compromete a mantener los elementos suministrados en buenas condiciones físicas y de aseo, darles un uso adecuado de acuerdo a la actividad laboral y riesgos según exposición.
El trabajador debera responder por los elementos entregados para el desarrollo de su actividad, por lo tanto autoriza descontar de su salario o prestaciones sociales todos aquellos elementos que se pierdan bajo su custodia, por daños o mal uso.
De acuerdo al decreto ley 1295/1994 Art 22. Concordancia con el C.S.T la NO utilización de EPP presentará la aplicación de sanciones.

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL -EPP	Código: SST-IMP-16-03 Versiòn: 4 Fecha: 19/11/2018

PROYECTO: CUP.
CONTRATO No. 691-2018
SUBCONTRATISTA: No aplica
RESPONSABLE DE ENTREGA: Angela Aguirre

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jennifer Pedraza Torres
CARGO: Profesional apoyo SSTMA
CÉDULA: 1022380779
FIRMA TRABAJADOR: [signature]

FECHA DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD				ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP																								FIRMA RECIBIDO
	ENTREGA	REPOSICIÓN			TAPA BOCAS	TAPA OIDOS INSERCION	TAPA OIDOS COPA	CASCO	GAFAS PROTECCIÓN	BOTAS TIPO INGENIERO	CARETA DE SEGURIDAD	BOTAS CAUCHO CON PUNTERA	BOTAS MATERIAL	OVEROL	GUANTES CARNAZA	GUANTES VAQUETA	CHAQUETA	CHALECO	GORRA	PITO	BASBUQUEJO	EQUIPO TRABAJO EN ALTURAS	IMPERMEABLE	PALETA	BRAZALETE	GUANTES CAUCHO LARGOS	GUANTES CAUCHO CORTO	
		DESGASTE	PERDIDA	VIDA UTIL																								
10-enero-2019	X																	X							X			[signature]

IMPORTANTE:
En el momento de recibir el EPP, el trabajador debe verificar y comprobar su optimo estado.
El trabajador se compromete a mantener los elementos suministrados en buenas condiciones fisicas y de aseo, darles un uso adecuado de acuerdo a la actividad laboral y riesgos según exposición.
El trabajador debera responder por los elementos entregados para el desarrollo de su actividad, por lo tanto autoriza descontar de su salario o prestaciones sociales todos aquellos elementos que se pierdan bajo su custodia, por daños o mal uso.
De acuerdo al decreto ley 1295/1994 Art 22. Concordancia con el C.S.T la NO utilización de EPP presentará la aplicación de sanciones.

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL -EPP	Código: SST-IMP-16-03
		Versiòn: 4
		Fecha: 19/11/2018

PROYECTO: CVP
CONTRATO No. 691-2018
SUBCONTRATISTA: No aplica
RESPONSABLE DE ENTREGA: Angela Aguilar

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fabian Tafur Sarcher
CARGO: Especialista en Transito
CÉDULA: 79.683.578
FIRMA TRABAJADOR: Fabian Tafur

FECHA DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD				ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP																								FIRMA RECIBIDO
	ENTREGA	REPOSICIÓN			TAPA BOCAS	TAPA OIDOS INSERCION	TAPA OIDOS COPA	CASCO	GAFAS PROTECCIÓN	BOTAS TIPO INGENIERO	CARETA DE SEGURIDAD	BOTAS CAUCHO CON PUNTERA	BOTAS MATERIAL	OVEROL	GUANTES CARNAZA	GUANTES VAQUETA	CHAQUETA	CHALECO	GORRA	PITO	BARBUQUEJO	EQUIPO TRABAJO EN ALTURAS	IMPERMEABLE	PALETA	BRAZALETE	GUANTES CAUCHO LARGOS	GUANTES CAUCHO CORTO	
		DESGASTE	PERDIDA	VIDA UTIL																								
10 enero de 2019																		X										Fabian Tafur

IMPORTANTE:
En el momento de recibir el EPP, el trabajador debe verificar y comprobar su optimo estado.
El trabajador se compromete a mantener los elementos suministrados en buenas condiciones físicas y de aseo, darles un uso adecuado de acuerdo a la actividad laboral y riesgos según exposición.
El trabajador debera responder por los elementos entregados para el desarrollo de su actividad, por lo tanto autoriza descontar de su salario o prestaciones sociales todos aquellos elementos que se pierdan bajo su custodia, por daños o mal uso.
De acuerdo al decreto ley 1295/1994 Art 22. Concordancia con el C.S.T la NO utilización de EPP presentará la aplicación de sanciones.

ANEXO 3. INDUCCIONES AL PERSONAL DEL CONTRATISTA

CMACON Constructora Camacon S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	SST-IMP-FRA-07-01-01 Versión 4 06 de Noviembre de 2018

FECHA: 22 Enero de 2019

TIPO DE EVENTO				UBICACIÓN	
Notificación de riesgo	X	Charla de 5 minutos		Salida Oficina, Oficina Especialistas	
Reunión de operaciones		Curso/Taller/Capacitación		DURACIÓN	
Inducción/Reinducción		Socialización de AST		HORA DE INICIO	HORA DE FIN
Reunión COPASST/Comité		Otros		N. DE PERSONAS CITADAS	
				6 personas	

DATOS DEL ENCARGADO DE LA REUNIÓN/ACTIVIDAD

NOMBRE	CARGO EMPRESA	FIRMA
Angela Aguirre	Profesional SISOMA	

TEMAS TRATADOS

1. Actividad notificación de Riesgos, Inducción Contratista
2.
3.

	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	EMPRESA	TELÉFONO	FIRMA
1	Sergio Dennis	79697911	Ayuda a Geotecnia	CAMACON	6941195	
2	David Ruiz C.	1017203583	Residente Urbanismo	Camacon	3147492022	
3	Saulo Polecio	79564123	Esp Distto Ejecut	Camacon	3115132545	
4	Carol Acosta	1010194971	ING. APOYO	Camacón	3177854299	
5	Fabian Tafur	79683578	Esp. Transito	Camacon	—	Fabian Tafur
6	Diana Soler	1026269443	Residente Social	Camacon	3124256775	Diana Soler
7	Diego Alexander R	79057961	Especialista G.	Camacon	—	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	SST-IMP- FRA-07-01-01 Versión 4 06 de Noviembre de 2018

FECHA: 10 enero 2019

TIPO DE EVENTO				UBICACIÓN: Oficina principal
Notificación de riesgo	X	Charla de 5 minutos		DURACIÓN
Reunión de operaciones		Curso/Taller/Capacitación		HORA DE INICIO: 9:00am — HORA DE FIN: 9:40am
Inducción/Reinducción	X	Socialización de AST		N. DE PERSONAS CITADAS: 1 persona
Reunión COPASST/Comité		Otros		

DATOS DEL ENCARGADO DE LA REUNIÓN/ACTIVIDAD

NOMBRE	CARGO EMPRESA	FIRMA
Angela Aguirre	Profesional SSOMA	

TEMAS TRATADOS

1. Induccion contratista - Notificacion de Riesgos
2.
3.

	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	EMPRESA	TELÉFONO	FIRMA
1	Jennifer Pardo Torres	1072580977	Apoyo SSOMA	Camacon SAS	3183276	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

CACON Constructora Camacon S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	SST-IMP- FRA-07-01-01 Versión 4 06 de Noviembre de 2018

FECHA: 29 Enero 2019

TIPO DE EVENTO				UBICACIÓN: Oficina Principal
Notificación de riesgo	X	Charla de 5 minutos		DURACIÓN
Reunión de operaciones		Curso/Taller/Capacitación		HORA DE INICIO: 07:30 — HORA DE FIN: 08:40
Inducción/Reinducción	X	Socialización de AST		N. DE PERSONAS CITADAS
Reunión COPASST/Comité		Otros		

DATOS DEL ENCARGADO DE LA REUNIÓN/ACTIVIDAD

NOMBRE	CARGO EMPRESA	FIRMA
Angela Aguirre	Profesional SSOMA	

TEMAS TRATADOS

1. Inducción contratista - Notificación de Riesgos
2.
3.

	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	EMPRESA	TELÉFONO	FIRMA
1	Freddy Chacon	79844501	Especialista V.	Camacon	—	Freddy Chacon C
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

ANEXO 4. NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL DEL CONTRATISTA

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	Código: SST-IMP- FRA-07-02-01 Versión: 1 Fecha: 12 diciembre de 2018
FECHA:	22 AGOSTO 2019	
AREA/CONTRATO:	ESPECIALISTA DISEÑO GEOMETRICO CONTRATO 691	
SUBCONTRATISTA:		
DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN:	Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación de los siguientes aspectos: - Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP - Medidas preventivas - Exámenes médicos ocupacionales	

CARGO A DESEMPEÑAR: (Marque con una X)				
	X	Administrativos		Inspector de obra
		Personal de aseo		Operador de maquinaria
		Director de obra		Conductor volqueta
		Residente de obra		Maestro de obra
		Residente social		Oficial de obra
		Residente/auxiliar SST		Ayudante de obra
		Topógrafo/Cadenero		Boal/Paletero

EPP:	Casco de protección, botas punta de acero, overol, vestuario chaqueta, protector respiratorio, protector auditivo, Monogafas, guantes.

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	RIEGO BIOLÓGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos o excrementos
	RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos inorgánicos, gases y vapores, material Particulado, humos metálicos y no metálicos
	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
	RIESGO BIOMECÁNICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas
X	**CONDICIONES SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos), accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	- Portar adecuadamente dotación y elementos de protección personal según el cargo - Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo - Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo - Mantener condiciones de orden y aseo, demarcación y señalización de frentes de obra y/o condiciones de peligro - Revisar optimo estado de equipos antes de ser usados - Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de obra - Conocer rutas de evacuación, procedimientos de emergencia, puntos de encuentro, señales de alerta - En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial - Es obligatorio portar carne de ARL y carne proporcionado por la empresa
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relación laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo SAMUEL JOSE PINEDO M. identificado con cedula de ciudanía No. 78504123 de BOLIVAR, participe y fui informado de la Notificación de Riesgos así como las medidas preventivas y recomendaciones para desempeñarme en el cargo de ESP. DISEÑOS GEOMETRICO, presentada el día 22 AGOSTO 2019 en la ciudad de BOGOTA.

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S.	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	Código: SST-IMP- FRA-07-02-01 Versión: 1 Fecha: 12 diciembre de 2018

FECHA:	22-01-2019
AREA/CONTRATO:	CVP 691-2018
SUBCONTRATISTA:	Constructora Camacon SAS
DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN:	Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación de los siguientes aspectos: - Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP - Medidas preventivas - Exámenes médicos ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR: (Marque con una X)

	Administrativos		Inspector de obra
	Personal de aseo		Operador de maquinaria
	Director de obra		Conductor volqueta
	Residente de obra		Maestro de obra
X	Residente social		Oficial de obra
	Residente/auxiliar SST		Ayudante de obra
	Topógrafo/Cadenero		Boal/Paletero

EPP: Casco de protección, botas punta de acero, overol, vestuario chaqueta, protector respiratorio, protector auditivo, Monogafas, guantes.

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

X	**RIEGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos o excrementos
X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos inorgánicos, gases y vapores, material Particulado, humos metálicos y no metálicos
X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas
	CONDICIONES SEGURIDAD	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos), accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS

- Portar adecuadamente dotación y elementos de protección personal según el cargo
- Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo
- Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
- Mantener condiciones de orden y aseo, demarcación y señalización de frentes de obra y/o condiciones de peligro
- Revisar optimo estado de equipos antes de ser usados
- Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de obra
- Conocer rutas de evacuación, procedimientos de emergencia, puntos de encuentro, señales de alerta
- En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial
- Es obligatorio portar carne de ARL y carne proporcionado por la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo

Examen de egreso: Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relación laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo Danna Soler Ruiz identificado con cedula de ciudanía No. 1.076 267 943 de Bogotá, participe y fui informado de la Notificación de Riesgos así como las medidas preventivas y recomendaciones para desempeñarme en el cargo de Residente Social, presentada el día 22-01-2019 en la ciudad de Bogotá.

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	Código: SST-IMP- FRA-07-02-01 Versión: 1 Fecha: 12 diciembre de 2018

FECHA:	10 enero 2019
AREA/CONTRATO:	691-2018
SUBCONTRATISTA:	N/A.
DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN:	Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación de los siguientes aspectos: - Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP - Medidas preventivas - Exámenes médicos ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR: (Marque con una X)

	Administrativos		Inspector de obra
	Personal de aseo		Operador de maquinaria
	Director de obra		Conductor volqueta
	Residente de obra		Maestro de obra
	Residente social		Oficial de obra
X	Residente/auxiliar SST		Ayudante de obra
	Topógrafo/Cadenero		Boal/Paletero

EPP: Casco de protección, botas punta de acero, overol, vestuario chaqueta, protector respiratorio, protector auditivo, Monogafas, guantes.

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

X	**RIEGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos o excrementos
X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos inorgánicos, gases y vapores, material Particulado, humos metálicos y no metálicos
X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas
X	**CONDICIONES SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos), accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS

- Portar adecuadamente dotación y elementos de protección personal según el cargo
- Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo
- Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
- Mantener condiciones de orden y aseo, demarcación y señalización de frentes de obra y/o condiciones de peligro
- Revisar optimo estado de equipos antes de ser usados
- Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de obra
- Conocer rutas de evacuación, procedimientos de emergencia, puntos de encuentro, señales de alerta
- En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial
- Es obligatorio portar carne de ARL y carne proporcionado por la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo

Examen de egreso: Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relación laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo Jenifer Paola Torres identificado con cedula de ciudanía No. 1022380777 de Bogotá DC, participe y fui informado de la Notificación de Riesgos así como las medidas preventivas y recomendaciones para desempeñarme en el cargo de Apoyo SISOMA, presentada el día 10-01-2019 en la ciudad de Bogotá.

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: SST-IMP- FRA-07-02-01 Versión: 1 Fecha: 12 diciembre de 2018
FECHA:	Enero 29 de 2019	
AREA/CONTRATO:	Urbanismo	
SUBCONTRATISTA:	FREDDY CHACON CHACON	
DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN:	Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación de los siguientes aspectos: - Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP - Medidas preventivas - Exámenes médicos ocupacionales	

CARGO A DESEMPEÑAR: (Marque con una X)				
X	Administrativos	Especialista.		Inspector de obra
	Personal de aseo			Operador de maquinaria
	Director de obra			Conductor volqueta
	Residente de obra			Maestro de obra
	Residente social			Oficial de obra
	Residente/auxiliar SST			Ayudante de obra
	Topógrafo/Cadenero			Boal/Paletero

EPP:	Casco de protección, botas punta de acero, overol, vestuario chaqueta, protector respiratorio, protector auditivo, Monogafas, guantes.

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	RIESGO BIOLÓGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos o excrementos
	RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos inorgánicos, gases y vapores, material Particulado, humos metálicos y no metálicos
X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas
	CONDICIONES SEGURIDAD	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos), accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	- Portar adecuadamente dotación y elementos de protección personal según el cargo - Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo - Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo - Mantener condiciones de orden y aseo, demarcación y señalización de frentes de obra y/o condiciones de peligro - Revisar optimo estado de equipos antes de ser usados - Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de obra - Conocer rutas de evacuación, procedimientos de emergencia, puntos de encuentro, señales de alerta - En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial - Es obligatorio portar carne de ARL y carne proporcionado por la empresa
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relación laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo Freddy Chacón Chacon identificado con cedula de ciudanía No. 79845301 de _____, participe y fui informado de la Notificación de Riesgos así como las medidas preventivas y recomendaciones para desempeñarme en el cargo de Especialista Urbanismo, presentada el día _____ en la ciudad de Bogotá.

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S.	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	Código: SST-IMP- FRA-07-02-01 Versión: 1 Fecha: 12 diciembre de 2018

FECHA:	22 DE ENERO DE 2019			
AREA/CONTRATO:	GEOTECNIA — CONTRATO 691			
SUBCONTRATISTA:	N/A			
DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN:	Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación de los siguientes aspectos: - Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP - Medidas preventivas - Exámenes médicos ocupacionales			
CARGO A DESEMPEÑAR: (Marque con una X)	X	Administrativos		Inspector de obra
		Personal de aseo		Operador de maquinaria
		Director de obra		Conductor volqueta
		Residente de obra		Maestro de obra
		Residente social		Oficial de obra
		Residente/auxiliar SST		Ayudante de obra
		Topógrafo/Cadenero		Boal/Paletero
EPP:	Casco de protección, botas punta de acero, overol, vestuario chaqueta, protector respiratorio, protector auditivo, Monogafas, guantes.			
RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)		**RIEGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picadúras, mordeduras, fluidos o excrementos	
		RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas	
		RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos inorgánicos, gases y vapores, material Particulado, humos metálicos y no metálicos	
		RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo	
		RIESGO BIOMECÁNICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas	
	X	**CONDICIONES SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos), accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.	
		FENÓMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas	
ACCIONES PREVENTIVAS	- Portar adecuadamente dotación y elementos de protección personal según el cargo - Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo - Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo - Mantener condiciones de orden y aseo, demarcación y señalización de frentes de obra y/o condiciones de peligro - Revisar optimo estado de equipos antes de ser usados - Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de obra - Conocer rutas de evacuación, procedimientos de emergencia, puntos de encuentro, señales de alerta - En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial - Es obligatorio portar carne de ARL y carne proporcionado por la empresa			
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relación laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.			

Yo DIEGO ALEXANDER REYES VELANDIA identificado con cedula de ciudanía No. 79857911 de BOGOTA, participe y fui informado de la Notificación de Riesgos así como las medidas preventivas y recomendaciones para desempeñarme en el cargo de ESPECIALISTA EN GEOTECNIA, presentada el día 22 de Enero de 2019 en la ciudad de BOGOTA.

ANEXO 5. INSPECCIONES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA

CONCON	FORMATO INSPECCIÓN ELEMENTOS DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS	Código: SST-IMP-FIEE-01 Versión: 3 Fecha: 21 de Agosto de 2018

FECHA: 15 enero 2019 LUGAR: Oficina principal

HORA DE INICIO: 2:35 pm FECHA DE FINALIZACIÓN: 3:00 pm

BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS (TIPO A)

No.	ASPECTO A EVALUAR	UNIDAD	CANTIDAD REQUERIDA	CANTIDAD ENCONTRADA	FECHA DE VENCIMIENTO (Si aplica)	OBSERVACIONES
1	GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 100	1	1		
2	ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4"	Unidad	1	1		
3	BAJALENGUAS	Paquete por 20	1	1		
4	GUANTES DE LATEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1	1		
5	VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	1	1		
6	VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	1	1		
7	VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	1	1		
8	VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS	Unidad	1	1		
9	VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS	Unidad	1	1		
11	SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc	Unidad	1	1		
12	TERMÓMETRO DIGITAL	Unidad	2	1		
13	ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1	1		

ELEMENTOS ADICIONALES: Botiquin con elementos requeridos, adicional cinta con cera, tijera

No.	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
17	EL BOTIQUIN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO Y LIMPIO	X		
18	ESTADO DEL MALETIN	X		
19	LOS ELEMENTOS SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	X		

EXTINTOR

No.	PARTE A INSPECCIONAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES	ACCIÓN PREVENTIVA Y/O CORRECTIVA.	RESPONSABLE
1	¿Está el extintor en su lugar?	X					
2	¿El acceso al extintor está libre de obstrucciones?	X					
3	¿El extintor está completamente cargado y operable?	X			Recargado vigente Agosto 2019		
4	¿Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor?	X					
5	¿El gabinete o gancho está ubicado a la altura correspondiente? (no mayor a 1,5 mt.)	X					
6	¿Tiene el sello de seguridad?	X					
7	¿Tiene el pasador (pin) de seguridad?	X					
8	¿La pintura está en buen estado?	X					
9	¿Está en buen estado el cilindro? (No presenta oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones).	X					
10	¿Están bien los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla?	X					
11	¿Está en buen estado la válvula? (No presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento).	X					

OBSERVACIONES FINALES: Extintor ubicado en recepción, sin obstrucciones, con carga vigente, optimo estado.

CAMILLA

No.	PARTE A INSPECCIONAR	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
1	Instalación (Sitio de ubicación)	X		Ubicado en recepción	
2	Señalización	X		Señal camilla emergencias	
3	Estado del soporte	X		optimo	
4	Correas de seguridad	X		optimo	
5	Sugetadores para agarre	X		Optimo	

OBSERVACIONES:

INSPECCIONADO POR:

NOMBRE:	Jenifer Bohórquez
CARGO:	Apoyo SSTMA
FIRMA:	

CONSTRUCTORA CANACON S.A.S	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Código: SST-IMP-17-02
		Versión: 3
		Fecha: 08 de Agosto de 2018

Fecha de inspección: 10 enero 2019 | Hora: 9:00 am | Lugar: Oficina Principal

Inspección realizada por: Jenniffer Torres (apoyo SST/MA)

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	OBSERVACIONES
1	PELIGROS FÍSICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	X			
1.3	Las persianas, cortinas o protección de vidrios esta en buen estado.	X			
1.4	Hay buena ventilación en el área.		X		Para ventilación en zonas de trabajo
1.5	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.6	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).		X	X	
1.7	La temperatura es confortable.	X			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			X	No se cuenta con escaleras
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	X			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	X			
3	PELIGROS ELECTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	X			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	X			
3.5	Cables en buen estado.	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	X			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	X			
3.8	Existe señalización de peligros.	X			Señalización riesgo electrico
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			Se cuenta con extintor ABC 20 lb
4.2	Extintores de carga vigente.	X			Carga vigente hasta Agosto 2019
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).			X	
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
4.9	Hay botiquin y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	X			Telefonos publicados en recepción
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			
5	PELIGROS BIOLÓGICOS				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	**FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA**	Código: SST-IMP-17-02 Versión: 3 Fecha: 08 de Agosto de 2018

6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
6.2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	X			
6.3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	X			
6.4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	X			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7.1	El área se encuentra organizada.	X			
7.2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	X			
7.3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	X			
7.4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				
8.1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	X			
8.2	Luminarias de baños en buen estado.	X			
8.3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	X			
8.4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	X			
8.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	X			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9.1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	X		X	
9.2	Archivo rodante en buen estado	X			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10.1	Los trabajadores cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			
10.2	Lostrabajadores conocen los peligros a los que estén expuestos.	X			
10.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X			
10.4	Los trabajadores conocen la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
10.5	Los trabajadores saben como usar y cuidar sus EPP.	X			

	11	**MEDIO AMBIENTE**	**BUEN ESTADO**	**REQUIERE ARREGLO**	**NO APLICA**	**OBSERVACIONES**
11.1 Agua y energía		Horno microondas. (Si aplica)	X			
		Nevera. (Si aplica)	—	—	—	No aplica
		Cafetera. (Si aplica)	X			
		Aire Acondicionado. (Si aplica)	—	—	—	No aplica
		Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)	X			
		Computador. (Si aplica)	X			
		Otro.				
11.2 Sustancias químicas		El area cuenta con las tarjetas de emergencia.	X			
		El area cuenta con las Hojas de seguridad.	X			
		Otro.	X			

OBSERVACIONES

Se evidencian optimas condiciones locativas

INSPECCIONADO POR:	
NOMBRE:	Jennifer Bobadilla
CARGO:	Apoyo SSTMA
FIRMA:	

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Código: SST-IMP-17-02 Versión: 3 Fecha: 08 de Agosto de 2018

Fecha de inspección:	18 enero 2019	Hora:	2:00 pm	Lugar:	Oficina principal
Inspección realizada por:	Jenifer Rocio Torres - Apoyo SST				

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	OBSERVACIONES
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	X			
1.3	Las persianas, cortinas o protección de vidrios esta en buen estado.	X			
1.4	Hay buena ventilación en el área.		X		Se evidencia poca ventilación.
1.5	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.6	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).		X		
1.7	La temperatura es confortable.	X			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			Se evidencian condiciones locativas optimas, orden y aseo en la oficina, áreas de circulación libres sin obstáculos
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			X	
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	X			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	X			
3	PELIGROS ELECTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	X			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	X			
3.5	Cables en buen estado.	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	X			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	X			
3.8	Existe señalización de peligros.	X			Señal Riesgo Electrico
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			Extintor 20 Lb adecuado, buen Ubicado, sin obstrucciones, vigente hasta agosto de 2019
4.2	Extintores de carga vigente.	X			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).			X	
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
4.9	Hay botiquin y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			
5	PELIGROS BIOLOGICOS				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Código: SST-IMP-17-02 Versión: 3 Fecha: 08 de Agosto de 2018

6	PELIGROS BIOMECANICO				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
6.2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	X			
6.3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	X			
6.4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	X			
7	ORDEN Y ASEO				
7.1	El área se encuentra organizada.	X			Optimo espacio de aseo y limpieza
7.2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	X			
7.3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	X			
7.4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
8	SANEAMIENTO BÁSICO				
8.1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	X			
8.2	Luminarias de baños en buen estado.	X			
8.3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	X			
8.4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	X			
8.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	X			
9	PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)				
9.1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	X			
9.2	Archivo rodante en buen estado	X			
10	PREGUNTAS A OBSERVACIÓN DE TAREAS (Descripción/verificación a través de la observación de los trabajadores)				
10.1	Los trabajadores cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			Los trabajadores cumplen con reglamento y requerimientos SST
10.2	Lostrabajadores conocen los peligros a los que están expuestos.	X			
10.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X			
10.4	Los trabajadores conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
10.5	Los trabajadores saben como usar y cuidar sus EPP.	X			

11	MEDIO AMBIENTE				OBSERVACIONES
11.1 Agua y energía	Horno microondas. (Si aplica)	X			
	Nevera. (Si aplica)				NO aplica
	Cafetera. (Si aplica)	X			
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				NO aplica
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)	X			
	Computador. (Si aplica)	X			
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.	X			
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.	X			
	Otro.	X			

OBSERVACIONES

Al final de la inspección la oficina principal se encuentra cumpliendo en reglamento de seguridad y cuidado para el trabajador

INSPECCIONADO POR:

NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA:	

CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Código: SST-IMP-17-02 Versión: 3 Fecha: 08 de Agosto de 2018

Fecha de inspección: 30 enero 2019	Hora:	Lugar: Oficina Principal
Inspección realizada por: [illegible]		

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	OBSERVACIONES
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	X			
1.3	Las persianas, cortinas o protección de vidrios esta en buen estado.	X			
1.4	Hay buena ventilación en el área.		X		
1.5	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.6	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).		X		
1.7	La temperatura es confortable.	X			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			X	
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	X			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	X			
3	**PELIGROS ELECTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	X			No se evidencian condiciones de peligro eléctrico dentro de las instalaciones de la empresa
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	X			
3.5	Cables en buen estado.	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	X			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	X			
3.8	Existe señalización de peligros.	X			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			Extintor Vigente Agosto 2019
4.2	Extintores de carga vigente.	X			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).			X	Trabajadores de planta en oficina
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			

CAMACON CONSTRUCTORA CAMACON S.A.S	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Código: SST-IMP-17-02 Versión: 3 Fecha: 08 de Agosto de 2018

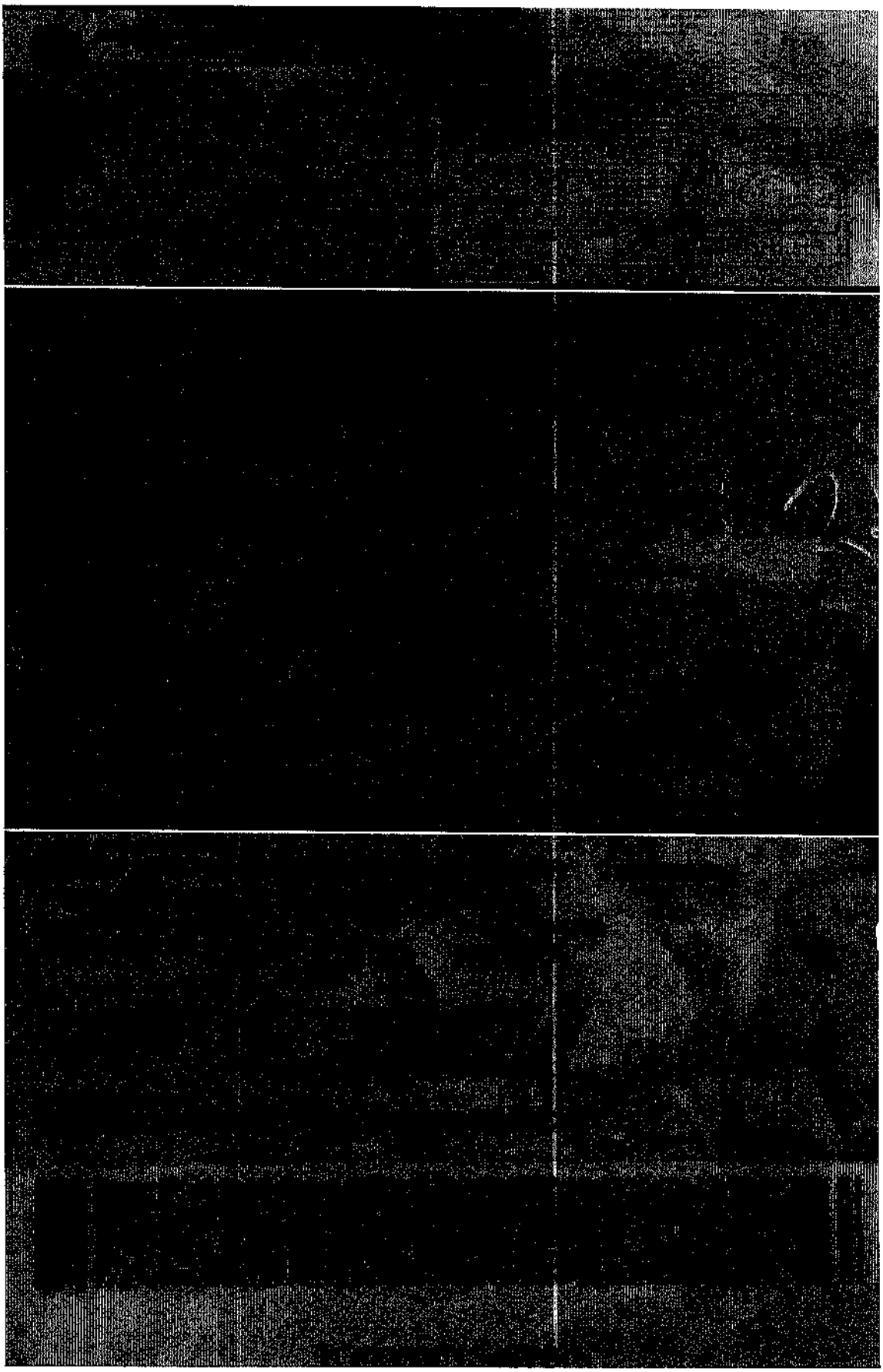
6	PELIGROS BIOMECANICO					
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X				
6.2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	X				
6.3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	X				
6.4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	X				
7	ORDEN Y ASEO					
7.1	El área se encuentra organizada.	X				
7.2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	X				
7.3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	X				
7.4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X				
8	SANEAMIENTO BÁSICO					
8.1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	X				
8.2	Luminarias de baños en buen estado.	X				
8.3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	X				
8.4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	X				
8.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	X				
9	PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)					
9.1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	X				
9.2	Archivo rodante en buen estado	X				
10	PREGUNTAS Y OBSERVACIÓN DE TAREAS (Socialización a través de la observación de los trabajadores)					
10.1	Los trabajadores cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			Trabajadores cuentan con socialización del SGSST, políticas y reglamentos	
10.2	Lostrabajadores conocen los peligros a los que están expuestos.	X				
10.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X				
10.4	Los trabajadores conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X				
10.5	Los trabajadores saben como usar y cuidar sus EPP.	X				

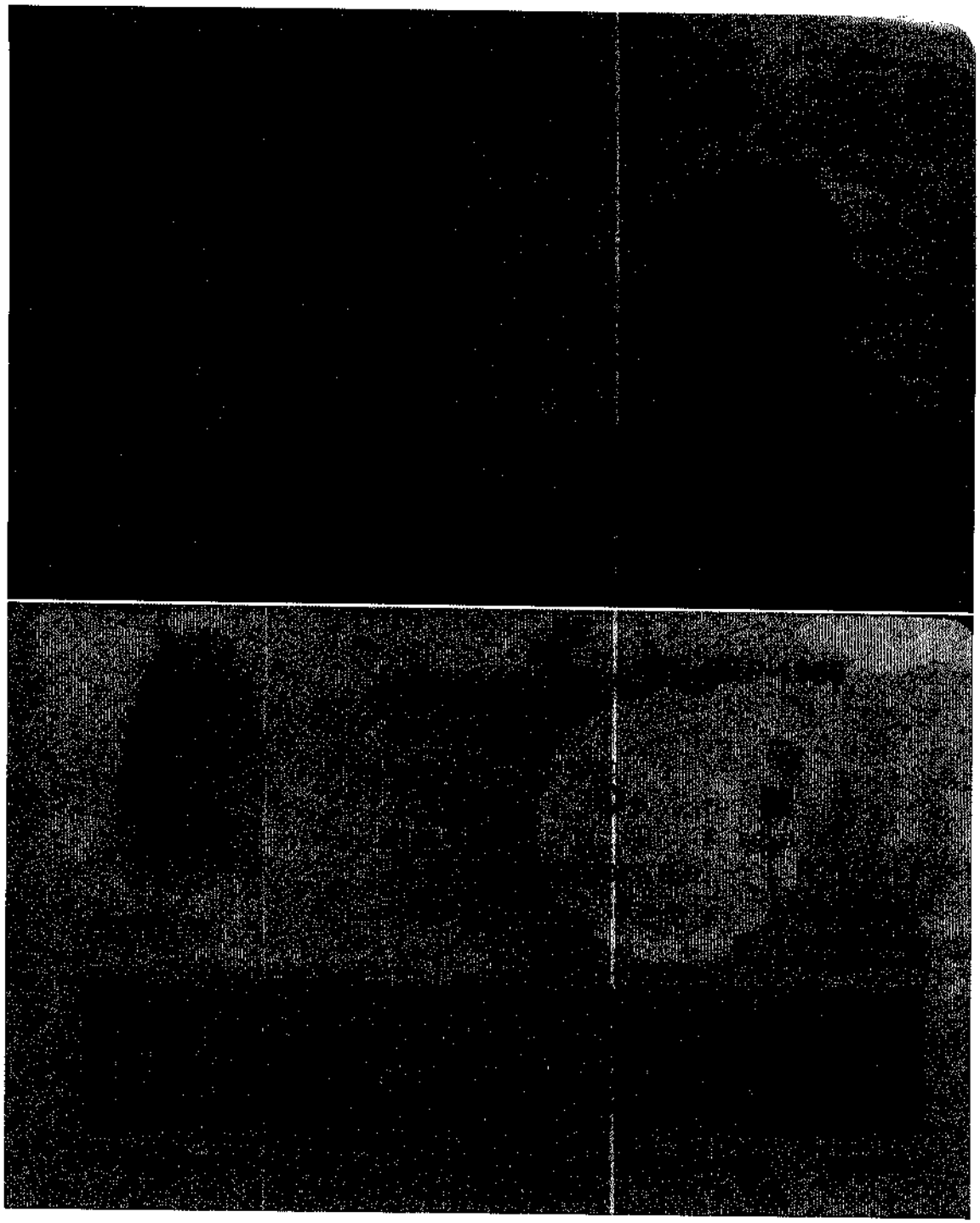
11	MEDIO AMBIENTE				OBSERVACIONES
11.1 Agua y energía	Horno microondas. (Si aplica)	X			
	Nevera. (Si aplica)	—	—	—	
	Cafetera. (Si aplica)	X			
	Aire Acondicionado. (Si aplica)	—	—	—	
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)	X			
	Computador. (Si aplica)	X			
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.	X			
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.	X			
	Otro.	X			

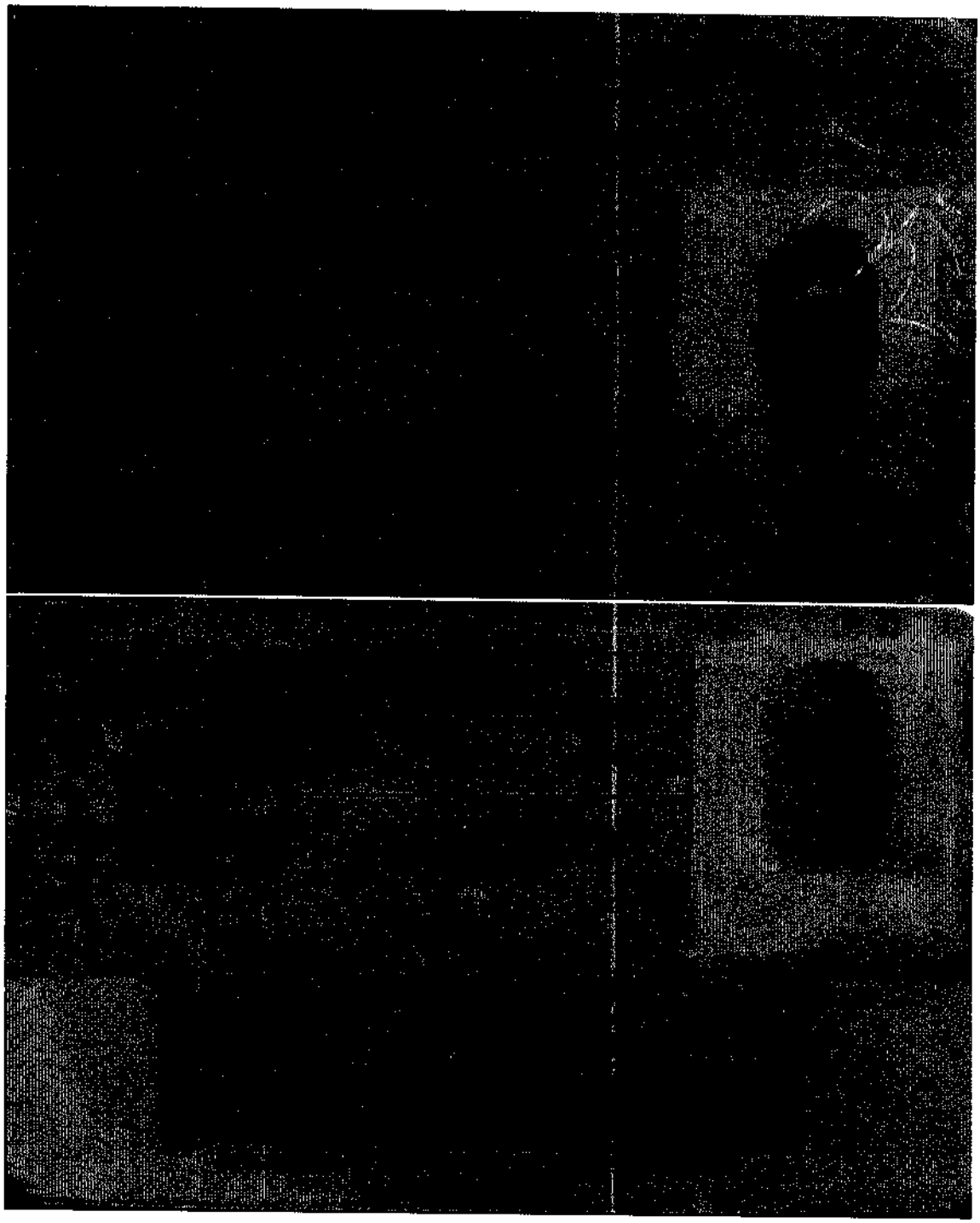
OBSERVACIONES

INSPECCIONADO POR:	
NOMBRE:	Jennifer Paola Otero
CARGO:	Apoyo SST
FIRMA:	

ANEXO 6. DOCUMENTACIÓN DEL VEHÍCULO DEL CONTRATISTA







ANEXO 7. PLANILLAS DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA INTERVENTORÍA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900218054	1	TECNOLOGIAS Y CONSULTORIAS AMBIENTALES Y DE GESTION SA TECNICONSULTA SA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TECNICONSULTA 2	AV CARRERA 19 # 118 95 OFC 104	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6408393	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-02	8489318635	8489318635	E	2019/02/13	2019/02/26	BANCO BOGOTA	13	$5,604,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TECNICONSULTA 2 (5 Afiliados)																							$8,421,268	$1,347,600			$8,421,268	$542,400			$8,421,268	$337,000			$8,421,268	$458,300		$2,416,667	$121,000		$2,806,300
Centro de Trabajo: BOGOTA2 (4 Afiliados)																							$6,799,468	$1,088,000			$6,799,468	$477,500			$6,799,468	$272,100			$6,799,468	$450,600		$2,416,667	$121,000		$2,409,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																							$6,799,468	$1,088,000			$6,799,468	$477,500			$6,799,468	$272,100			$6,799,468	$450,600		$2,416,667	$121,000		$2,409,200
1	CC	52354920	CALDERON MARIA	X																	230301	29	$2,416,667	$386,700	EPS010	29	$2,416,667	$302,100	CCF21	29	$2,416,667	$96,700	14-11	29	$2,416,667	$168,300	29	$2,416,667	$121,000	No	$1,074,800
2	CC	92501649	MACARENO ALBERTO		X						X										25-14	28	$870,614	$139,300	EPS016	28	$870,614	$34,900	CCF21	28	$870,614	$34,900	14-11	28	$870,614	$60,600	28	$0	$0	SI	$269,700
3	CC	92501649	MACARENO ALBERTO													X					25-14	2	$62,187	$10,000	EPS016	2	$62,187	$2,500	CCF21	2	$62,187	$2,500	14-11	2	$62,187	$0	2	$0	$0	SI	$15,000
4	CC	53076628	MEDELLIN PAOLA								X										231001	27	$2,385,000	$381,600	EPS005	27	$2,385,000	$95,400	CCF21	27	$2,385,000	$95,400	14-11	27	$2,385,000	$166,000	27	$0	$0	SI	$738,400
5	CC	53076628	MEDELLIN PAOLA													X					231001	3	$265,000	$42,400	EPS005	3	$265,000	$10,600	CCF21	3	$265,000	$10,600	14-11	3	$265,000	$0	3	$0	$0	SI	$63,600
6	CC	1076220991	ZARATE DIANA	X																	230201	8	$800,000	$128,000	EPS005	8	$800,000	$32,000	CCF21	8	$800,000	$32,000	14-11	8	$800,000	$55,700	8	$0	$0	SI	$247,700
Centro de Trabajo: TECNIBOGOTA (1 Afiliados)																							$1,621,800	$259,600			$1,621,800	$64,900			$1,621,800	$64,900			$1,621,800	$7,700		$0	$0		$397,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,621,800	$259,600			$1,621,800	$64,900			$1,621,800	$64,900			$1,621,800	$7,700		$0	$0		$397,100
7	CC	20716103	RUEDA LUZ		X						X										25-14	27	$1,459,620	$233,600	EPS017	27	$1,459,620	$58,400	CCF21	27	$1,459,620	$58,400	14-11	27	$1,459,620	$7,700	27	$0	$0	SI	$358,100
8	CC	20716103	RUEDA LUZ													X					25-14	3	$162,180	$26,000	EPS017	3	$162,180	$6,500	CCF21	3	$162,180	$6,500	14-11	3	$162,180	$0	3	$0	$0	SI	$39,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TECNICONSULTA 4 (1 Afiliados)																							$828,116	$132,500			$828,116	$33,200			$828,116	$33,200			$828,116	$4,400		$0	$0		$203,300
Centro de Trabajo: TECNISUCRE2 (1 Afiliados)																							$828,116	$132,500			$828,116	$33,200			$828,116	$33,200			$828,116	$4,400		$0	$0		$203,300
Ciudad: SINCELEJO Depto: SUCRE (1 Afiliados)																							$828,116	$132,500			$828,116	$33,200			$828,116	$33,200			$828,116	$4,400		$0	$0		$203,300
9	CC	92230437	CABARCAS HUGO							X											230301	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF41	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$4,400	30	$0	$0	SI	$203,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TECNICONSULTA10 (3 Afiliados)																							$10,200,000	$1,697,200			$10,200,000	$408,000			$10,200,000	$408,000			$10,200,000	$25,900		$0	$0		$2,539,100
Centro de Trabajo: TECNIBARRANQUILLA (3 Afiliados)																							$10,200,000	$1,697,200			$10,200,000	$408,000			$10,200,000	$408,000			$10,200,000	$25,900		$0	$0		$2,539,100
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (3 Afiliados)																							$10,200,000	$1,697,200			$10,200,000	$408,000			$10,200,000	$408,000			$10,200,000	$25,900		$0	$0		$2,539,100
10	CC	23217683	ALIES MARCELA							X											230301	9	$1,950,000	$331,600	EPS016	9	$1,950,000	$78,000	CCF07	9	$1,950,000	$78,000	14-11	9	$1,950,000	$10,200	9	$0	$0	SI	$497,800
11	CC	23217683	ALIES MARCELA													X					230301	21	$4,550,000	$773,600	EPS016	21	$4,550,000	$182,000	CCF07	21	$4,550,000	$182,000	14-11	21	$4,550,000	$0	21	$0	$0	SI	$1,137,600
12	CC	1043875738	DOMINGUEZ MARIA																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF07	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	$5,300	30	$0	$0	SI	$245,300
13	CC	57434478	GONZALEZ ALIDIS							X											230301	22	$1,980,000	$316,800	EPS005	22	$1,980,000	$79,200	CCF07	22	$1,980,000	$79,200	14-11	22	$1,980,000	$10,400	22	$0	$0	SI	$485,600
14	CC	57434478	GONZALEZ ALIDIS													X					230301	8	$720,000	$115,200	EPS005	8	$720,000	$28,800	CCF07	8	$720,000	$28,800	14-11	8	$720,000	$0	8	$0	$0	SI	$172,800
Total			**Afiliados(9)**																				$19,449,384	$3,177,300			$19,449,384	$983,600			$19,449,384	$778,200			$19,449,384	$488,600		$2,416,667	$121,000	-	$5,548,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900218054	1	TECNOLOGIAS Y CONSULTORIAS AMBIENTALES Y DE GESTION SA TECNICONSULTA SA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TECNICONSULTA 2	AV CARRERA 19 # 118 95 OFC 104	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6408393	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-02	8489318635	8489318635	E	2019/02/13	2019/02/26	BANCO BOGOTA	13	$5,604,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$3,177,300	$31,500	$0	$3,208,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$424,000	$4,200	$0	$428,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$408,900	$4,100	$0	$413,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$2,216,400	$21,900	$0	$2,238,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$128,000	$1,300	$0	$129,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$488,600	$4,800	$0	$493,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$488,600	$4,800	$0	$493,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$778,200	$7,700	$0	$785,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$337,000	$3,300	$0	$340,300
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	3	$408,000	$4,000	$0	$412,000
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	1	$33,200	$400	$0	$33,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$983,600	$10,000	$0	$993,600
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	2	$297,400	$3,000	$0	$300,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$302,100	$3,000	$0	$305,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$64,900	$700	$0	$65,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$73,200	$800	$0	$74,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$246,000	$2,500	$0	$248,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$72,600	$800	$0	$73,400
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$72,600	$800	$0	$73,400
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,400	$500	$0	$48,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$48,400	$500	$0	$48,900
TOTAL				9	$5,548,700	$55,300	$0	$5,604,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900218054	1	TECNOLOGIAS Y CONSULTORIAS AMBIENTALES Y DE GESTION SA TECNICONSULTA SA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TECNICONSULTA 2	AV CARRERA 19 # 118 95 OFC 104	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6408393	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	88501326	8488501326	Y	2019/02/13	2019/02/14	BANCO AV VILLAS	1	$111,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TECNICONSULTA 2 (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,601,026	$111,600		$0	$0		$111,600
Centro de Trabajo: BOGOTA2 (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,601,026	$111,600		$0	$0		$111,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,601,026	$111,600		$0	$0		$111,600
1	CC	79951510	LOPEZ JAIRZINHO	X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0		14-11	29	$800,513	$55,800	0	$0	$0	No	$55,800
2	CC	52888009	TORRES LUZ	X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0		14-11	29	$800,513	$55,800	0	$0	$0	No	$55,800
Total Afiliados(2)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,601,026	$111,600		$0	$0		$111,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900218054	1	TECNOLOGIAS Y CONSULTORIAS AMBIENTALES Y DE GESTION SA TECNICONSULTA SA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TECNICONSULTA 2	AV CARRERA 19 # 118 95 OFC 104	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6408393	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	88501326	8488501326	Y	2019/02/13	2019/02/14	BANCO AV VILLAS	1	$111,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$111,600	$100	$0	$111,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$111,600	$100	$0	$111,700
TOTAL				2	$111,600	$100	$0	$111,700

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	Razón Social	Tipo Aportante	Subtipo Principal	Correo Electrónico	Ciudad Departamento	Celular
CC 79951510	LOPEZ MONROY JAIRZINHO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tecniconsulta.admon@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3192922253

Clave: 8487579719

Pague Hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2019/02/12	7	$1,300	$237,400
2019/02/13	8	$1,500	$237,600
2019/02/14	9	$1,700	$237,800
2019/02/15	10	$1,800	$237,900
2019/02/18	13	$2,400	$238,500
2019/02/19	14	$2,500	$238,600
2019/02/20	15	$2,700	$238,800
2019/02/21	16	$2,900	$239,000
2019/02/22	17	$3,100	$239,200
2019/02/25	20	$3,600	$239,700

Periodo Pensión: 2019-01 **Periodo Salud: 2019-01**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$133,200
PROTECCION		1	$133,200
EPS	1	1	$104,200
SALUD TOTAL		1	$104,200
SUBTOTAL			$237,400
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$237,400

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Baloto · éxito · SURTIMAX

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:823185548
NUM REFERENCIA:00000084875797 19
NUM IDENTIFICACION:79951510
PERIODO: 2019-01
FECHA EFECTIVA:2019-02-13
VALOR: 237 800
MIE13 FEB 19 17:28:34
044-052607740-194
7785900-0994428844-0445235-835260-45
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 9999 CLR 1129578591
0015978782-534315

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79951510		LOPEZ MONROY JAIRZINHO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9A SUR # 34 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6408393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01		8487579719	I	2019/02/05			7	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$236,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$236,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$236,100
1	CC	79951510	LOPEZ JAIRZINHO	230201	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$236,100
Total	Afiliados(1)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$236,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79951510		LOPEZ MONROY JAIRZINHO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9A SUR # 34 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6408393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01		8487579719	I	2019/02/05			7	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$700	$0	$133,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					$132,500	$700	$0	$133,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$103,600	$600	$0	$104,200
TOTAL				1	$103,600	$600	$0	$104,200
					$236,100	$1,300	$0	$237,400

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDAC CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-01-23, 03:49:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1017528141

Periodo Cotización: diciembre de 2018 **Periodo Servicio:** diciembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8894467490

PAGADO 23/01/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ YENNY TORRES SOLER		
Documento	CC52888009	**Dirección**	CALLE 55 A SUR N. 78J 81
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134721944
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	YST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Mine
C 52888009	LUZ YENNY TORRES SOLER	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 781,242	$ 125,000	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 781,242	$ 97,700	0.000	$ 0	$ 0	(RIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781,242	$ 781,242	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 222,700	$ 3,200	$ 225,900

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

Antes de impr asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en ...estras manos.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	16076438	juan pablo jimenez castro	calle 32 No. 13 - 83	8851157	juanpablojimenez14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
			28/02/2019		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02	1	28/02/2019	33289747	$709.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	139.200				139.200	0	0	139.200			1.392	139.200	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	139.200	139.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	709.200	709.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	16076438	juan pablo jimenez castro		calle 32 No. 13 - 83	8851167	juanpablojimenez14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-02	2019-02	I	28/02/2019	33289747	TOTAL A PAGAR	
					5709.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Sisben	Discapacidad	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	16076438	jimenez castro juan pablo	57	0		N																28-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	5	139.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901009998-4	G&G DISEÑOS Y CONSULTORIAS SAS	CARRERA 68 SUR # 5 - 205 VEREDA	3012930128	alexudec@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C- MIPYME		CUNDINAMARCA	CAJICÁ		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
			2019/02/18		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-01	E	18/02/2019	82967582	299.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	40.000	0		0		0	0	0	0	40.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	69.600				69.600	0	0	69.600			696	69.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Calam	860013570-3	30.000	0	0	30.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	40.000	40.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	69.600	69.600
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.600	299.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901009998-4	G&G DISEÑOS Y CONSULTORIAS SAS	CARRERA 5B SUR # 5 - 205 VEREDA [illegible]	3012930128	alexudec@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		CUNDINAMARCA	CAJICÁ		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-01	E	18/02/2019	32967582	$299.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Hombre	Extranjero	Cotiz. exterior	Dirección	IRP	AFP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10769535	GOMEZ CASSAB ALEXANDER OCTAVIO	1	0			S																230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS001	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.600	CCF21	1.000.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ASOPAGOS s.a.

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
CC 79575637	0	WILSON YAMEL PEREZ QUEMBA	1	0	peryam23@hotmail.com	11-1	3123795898

NUMERO PLANILLA	14227539		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	14227539		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2019-02-11	0	$0	$ 236.100

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIO	1	$ 132.500
MEDIMAS EPS S.A.S.	1	$ 103.600
SINARL	0	$ 0
Sin CCF	1	$ 0
SENA	1	$ 0
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 0
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
CC 79575637	0	WILSON YAMEL PEREZ QUEMBA	1	0	Carrera 18A Bis No 58 75 Sur	11-1	3123795898

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2019-02	2019-02	79575637	14227539	I	14227539	2019-02-19	BANCOLOMBIA	0	$ 236.100

RESUMEN DE PAGO

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1				1	$132.500	$0	$0	$0	$132.500
OLD MUTUAL	230901	800253055	2	1	$132.500	$0	$0	$0	$132.500
EPS(Administradoras: 1				1	$103.600	$0	$0	$0	$103.600
MEDIMAS EPS	EPS044	901097473	5	1	$103.600	$0	$0	$0	$103.600

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL(Administradoras: 1				0	$0	$0	$0	$0	$0
SINARP	SINARP	0	0	0	$0	$0	$0	$0	$0
TOTAL					$236.100	$0	$0	$0	$236.100

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **A.P.C. INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901118358**, aportó por el empleado **ALBERTO POLO CUETO**, identificado(a) con **CC** número **79415494** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **33043451** para el periodo de salud **2019-02** y pensiones **2019-01** de la siguiente forma.

CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	1	0															0		30	$3.000.000		$60.000	$0	$0	Enero - 2019	33043451	15/02/2019	S
[illegible]38	Compensar EPS	1	0															0		30	$3.000.000		$120.000	$0	$0	Febrero - 2019	33043451	15/02/2019	S
[illegible]-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	0															0		30	$3.000.000		$15.700	$0	$0	Enero - 2019	33043451	15/02/2019	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0															0		30	$3.000.000		$480.000	$0	$0	Enero - 2019	33043451	15/02/2019	S

El presente certificado se expide a los 19 días del mes Febrero de 2019

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001

Certificado Nº SI 005-1

ANEXO 8. INDUCCIONES AL PERSONAL DE INTERVENTORÍA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 26-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X	RE INDUCCIÓN ___	CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	German Mauricio Fonseca Barrera	CARGO	Esp. Urbanismo
Nº CEDULA	74.375.696 DE Duitama	TELÉFONO	

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓			✓		
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓					✓
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
CA[illegible]ADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIST[illegible]A DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

Toc[illegible]bio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano. (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, nor[illegible]e modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo German Mauricio Fonseca Barrera identificado con la cédula de ciudadanía No. 74375696 expedida en la ciudad de Duitama. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA		FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X	RE INDUCCIÓN ___	CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Alexander Octavio Gomez Cassab			CARGO	Esp. en Estructuras
Nº CEDULA	10.769.636	DE	Montería	TELÉFONO	3017930178

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A.
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓			✓		
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓					✓
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
CALAMIDADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

Todo cambio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano, (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, norma que modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo Alexander Octavio Gomez Cassab identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.769.636 expedida en la ciudad de Montería. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA		FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 03-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X	RE INDUCCIÓN ___	CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Pablo Jimenez Castro		CARGO	Esp. Geotecnia
Nº CEDULA	16076438	DE Manizales	TELÉFONO	3148464759

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓					✓
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓			✓		
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
CALAMIDADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓					✓
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

Todo cambio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano, (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, norma que modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo Juan Pablo Jimenez Castro identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.076.438 expedida en la ciudad de Manizales. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
			Juan P. Jimenez
FIRMA		FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA SAS	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X	RE INDUCCIÓN ___	CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Jesus Ariel Uribe Fuentes			CARGO	Esper Transito
Nº CEDULA	13.497.113	DE	Cucuta	TELÉFONO	3214404816

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A.
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓			✓		✓
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓			✓		
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
CALAMIDADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓					✓
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

Todo cambio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano. (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, norma que modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo Jesus Ariel Uribe Fuentes identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.497.113 expedida en la ciudad de Cucuta. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN		PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA	FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X RE INDUCCIÓN ___ CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Yenni Torres Soler		CARGO	Profesional Social
Nº CEDULA	52888009	DE Bogotá	TELÉFONO	3134720944

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓			✓		
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓					✓
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
CA[illegible]DADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIST[illegible]A DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓					✓
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

To[illegible]mbio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano. (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, no[illegible]e modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo Luz Yenni Torres Soler identificado con la cédula de ciudadanía No. 52888009 expedida en la ciudad de Bogotá. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, el Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA		FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X RE INDUCCIÓN ___ CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Yamel Perez Quemba	CARGO	Esp en Vias
Nº CEDULA	79.575.637 DE Bogotá	TELÉFONO	3123795898

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓					✓
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓			✓		
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
C[illegible]DADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIST[illegible]A DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓					✓
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

Te[illegible]mbio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano. (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, no[illegible]ue modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo Wilson Yamel Perez Quemba identificado con la cédula de ciudadanía No. 79575637 expedida en la ciudad de Bogotá. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA		FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2016	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X	RE INDUCCIÓN __	CAMBIO DE CARGO __

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Alberto Polo Cueto		CARGO	Esp. Hidraulico
Nº CEDULA	79.415.494	DE Bogotá	TELÉFONO	

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A.
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓					✓
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓			✓		
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
C[illegible]DADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIST[illegible]A DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		

Tc[illegible]mbio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano. (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, no[illegible]ue modificó el 65 del C.S.T.)

OBSERVACIONES:

Yo Alberto Polo Cueto identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.415.494 expedida en la ciudad de Bogotá. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA		FIRMA	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INDUCCIÓN GENERAL	CÓDIGO: FOR14-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 28-11-2016
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA 08-01-2019	TIPO DE INDUCCIÓN	INGRESO X	RE INDUCCIÓN ___	CAMBIO DE CARGO ___

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	Jairzinho Mauricio Lopez Monroy			CARGO	Profesional SSTMA
Nº CEDULA	79951510	DE	Bogota	TELÉFONO	3119292253

ESPECIFICACIONES DE LA INDUCCIÓN

TEMA VISTO Y ENTENDIDO	SI	NO	N.A.	ENTREGA DE DOCUMENTO SI	NO	N.A
HORARIO DE LA EMPRESA	✓					✓
FORMA DE PAGO DE LA COMPAÑÍA	✓					✓
PRESENTACIÓN PERSONAL	✓					✓
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	✓			✓		
FALTAS DISCIPLINARIAS	✓					✓
PERMISOS / CITAS MÉDICAS	✓					✓
VACACIONES	✓					✓
CA[illegible]DADES DOMESTICAS LEGALES	✓					✓
SIS[illegible]A DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	✓					✓
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓			✓		
POLÍTICA DE CONVIVENCIA LABORAL	✓			✓		
PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR A DESEMPEÑAR Y SUS RESPECTIVOS CONTROLES	✓			✓		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓			✓		
COPASST - COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓			✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA	✓			✓		
PLAN DE EMERGENCIAS	✓			✓		
BRIGADA DE EMERGENCIAS	✓			✓		
RESPONSABILIDADES FRENTE AL SG-SST	✓			✓		
PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	✓			✓		
PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMEDAD LABORAL	✓			✓		
MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	✓			✓		
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, FORMACIONES, ACTIVIDADES, etc.	✓			✓		
To[illegible]nbio de dirección, números telefónicos, aumento de familia, etc. DEBE ser informado en forma inmediata a las Direcciones de Talento Humano, (Parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, nor[illegible]ue modificó el 65 del C.S.T.)	✓			✓		

OBSERVACIONES:

Yo Jairzinho Mauricio Lopez Monroy identificado con la cédula de ciudadanía No. 79951510 expedida en la ciudad de Bogotá. Hago constar bajo la gravedad del juramento que he recibido satisfactoriamente la inducción general, a lo cual me comprometo a leer, acatar y cumplir, los reglamentos, acogiéndome a las normas estipuladas en el Código Sustantivo del Trabajo, el Contrato de Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad, Procedimientos, Políticas de la Compañía, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y demás disposiciones. Igualmente manifiesto que en caso de faltar a cualquiera de los temas de capacitación, asumiré las sanciones disciplinarias a que me haga acreedor por mis faltas cometidas.

RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN			PERSONA QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN
DIRECTOR ADMINISTRATIVO		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR
FIRMA		FIRMA	FIRMA

ANEXO 9. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL AL PERSONAL DE INTERVENTORÍA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO CONSTANCIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CÓDIGO:
		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FECHA: 05/10/2017
		PAGINA: 1 de 1

CONSORCIO Y/O UNIÓN TEMPORAL:	NA				
FECHA: 25-01-2019		**HORA:** 10:00		**CIUDAD:** Bogotá	
NOMBRE TRABAJADOR QUIEN RECIBE :	Luz Yemi Torres	**CEDULA**	52888009		
CARGO:	Profesional Social				
PERIODO DOTACIÓN:					

Según el articulo 230 del Código del Trabajo, el articulo 122 al 124 de la ley 9 de 1979 y el articulo 176 de la Res. 2400 de 1979, TECNICONSULTA S.A.S le hace entrega de la dotación y elementos de protección personal:

DOTACIÓN Y ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	TALLA	SI	NO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Carnet	M	✓		01	

* Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada de trabajo laboral, la dotación y los elementos de protección personal recibidos y a ... enerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo al decreto 1072 de 2015 en su Art. 2.2.4.6.10. numeral 1 y así contribuir a mi bienestar físico, psicológico y social.

* Me comprometo a solicitar la reposición de los elementos de protección personal (Cascos, gafas, guantes etc.) cuando estos sufran deterioro por uso.

* Usando la dotación y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la Ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979: Art. 88; Decreto 1295 de 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en la dirección de Recursos Humanos como verificación y seguimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa que me contrato actualmente.

FIRMA TRABAJADOR QUIEN RECIBE

NOMBRE: Luz Yemi Torres Soler

CARGO: Profesional Social

FIRMA QUIEN ENTREGA

NOMBRE: Mauricio Lopez

CARGO: Profesional SSTMA

TECNICONSULTA SAS	FORMATO CONSTANCIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CÓDIGO:
		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FECHA: 05/10/2017
		PAGINA: 1 de 1

CONSORCIO Y/O UNIÓN TEMPORAL:	NA				
FECHA:	25-01-2019	**HORA:**	10:00	**CIUDAD:**	Bogota
NOMBRE TRABAJADOR QUIEN RECIBE :	Mauricio Lopez	**CEDULA**	79951510.		
CARGO:	Profesional SSTMA.				
PERIODO DOTACIÓN:					

Según el articulo 230 del Código del Trabajo, el articulo 122 al 124 de la ley 9 de 1979 y el articulo 176 de la Res. 2400 de 1979, TECNICONSULTA S.A.S le hace entrega de la dotación y elementos de protección personal:

DOTACIÓN Y ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	TALLA	SI	NO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Chaleco	XL	✓		01	

* Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada de trabajo laboral, la dotación y los elementos de protección personal recibidos y a mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo al decreto 1072 de 2015 en su ?.2.4.6.10. numeral 1 y así contribuir a mi bienestar físico, psicológico y social.

* Me comprometo a solicitar la reposición de los elementos de protección personal (Cascos, gafas, guantes etc.) cuando estos sufran deterioro por uso.

* Usando la dotación y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la Ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979: Art. 88; Decreto 1295 de 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en la dirección de Recursos Humanos como verificación y seguimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa que me contrato actualmente.

FIRMA TRABAJADOR QUIEN RECIBE

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA QUIEN ENTREGA

NOMBRE:

CARGO:

ANEXO 10. INSPECCIONES REALIZADAS POR LA INTERVENTORÍA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INSPECCION ORDEN Y ASEO	CODIGO: FOR26-SG-SST-TC
		VERSION: 01
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FECHA: 18-12-2016
		PÁGINA: 1 de 1

LUGAR DE INSPECCION	Oficina Tecniconsulta	FECHA: 15-01-2019		HORA: 10:00
RESPONSABLE DE EJECUTAR LA INSPECCIÓN	Mauricio Lopez	CARGO	COPASST___ BRIGADISTA___ GERENTE___ DIRECTOR DE RECURSO HUMANO Y SG___	
		CARGO	COPASST___ BRIGADISTA___ GERENTE___ DIRECTOR DE RECURSO HUMANO Y SG___	

Aspecto a Observar	Calificación de la Condición			ORDEN Y SEO			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Iluminación	✓			✓			
Ventilación	✓			✓			
Conexiones y Cableado	✓			✓			
Instalaciones Eléctricas	✓			✓			
Tapetes y/o Alfombras	NA			NA			
Pisos	✓			✓			
Pasillos	✓			✓			
Paredes	✓			✓			
Techos	✓			✓			
Escaleras	✓			✓			
Ventanas	✓			✓			
Salidas de emergencia	✓			✓			
Señalización	✓			✓			
Mobiliario y enseres	✓			✓			
Monitor, CPU, Portátil	✓			✓			
Impresora	✓			✓			
Rutinas de orden y aseo en instalaciones y equipos	✓			✓			
Orden y Asco en general	✓			✓			

OTROS ASPECTOS

Aspecto a Observar	CONDICIÓN A OBSERVAR			OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	
Punto de Hidratación	✓			
Reciclaje de papel	✓			
Sitio para el consumo de alimentos en el mismo edificio	✓			

COMPROMISOS	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN	FECHA REALIZACIÓN	RESPONSABLE REVISIÓN	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INSPECCION DE EXTINTORES PORTÁTILES	CODIGO: FOR26-SG-SST-TC
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABJAO	VERSION: 01
		FECHA: 18-12-2016
		PÁGINA: 1 de 1

LUGAR DE INSPECCION	Oficina Tecniconsulta	FECHA:	15-01-2019	HORA:	10:00
RESPONSABLE DE EJECUTAR LA INSPECCIÓN	Mauricio Lopez	CARGO	COPASST___ BRIGADISTA ___ GERENTE___ DIRECTOR DE RECURSO HUMANO Y SG___		
		CARGO	COPASST___ BRIGADISTA ___ GERENTE___ DIRECTOR DE RECURSO HUMANO Y SG___		

Nota: Por favor registre con un √ cuando este en buen estado y X cuando este en mal estado, describiendo en la columna de observaciones el hallazgo

No.	UBICACIÓN	TIPO (ABC, AGUA, SOLKAFLAN, CO2)	CAPACIDAD	ACCESO	DEMARCACIÓN VIO SEÑALIZACIÓN	ESTADO PINTURA	UBICACIÓN	INSTRUCCIONES DE USO	ALTURA	MANGUERA	BOQUILLA	MANIJA DE TRANSPORTE	MANIJA DE DESCARGA	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	MANOMETRO	CINTURON DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA PROXIMA RECARGA	OBSERVACIONES
1	Puerto Principal	ABC	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	Oficina Gerencia	ABC	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	02-19	
3																			01-19	Recargar
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

COMPROMISOS	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN	FECHA REALIZACIÓN	RESPONSABLE REVISIÓN	FIRMA

TECNICONSULTA S.A.S	FORMATO INSPECCION DE BOTOQUINES	CODIGO: FOR26-SG-SST-TC
		VERSION: 01
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FECHA: 18-12-2016
		PÁGINA: 1 de 1

UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	Oficina Tecniconsulta	FECHA:	15-01-19	HORA: 10:00
RESPONSABLE DE EJECUTAR LA INSPECCIÓN	Mauricio López	CARGO	COPASST___ BRIGADISTA___ GERENTE___ DIRECTOR DE RECURSO HUMANO Y SG___	
		CARGO	COPASST___ BRIGADISTA___ GERENTE___ DIRECTOR DE RECURSO HUMANO Y SG___	

Nota: Por favor registre con un √ cuando este en buen estado y X cuando este en mal estado, describiendo en la columna de observaciones el hallazgo

ELEMENTOS DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS	CANTIDAD	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)	OBSERVACIONES
Guantes quirúrgicos	100	✓	05-2021	
Tapabocas	08	✓	04-2022	
Copitos de algodón	—	—	—	
Curas	10	✓	03-2022	
Esparadrapo	01	✓	05-2021	
Gasa	10	✓	04-2021	
Yodopavinona	01	✓	07-2021	
Bajalenguas	20	✓	04-2020	
Vendas elásticas	02	✓	04-2020	
Vendaje triangular	—	—	—	
Ganchos nodriza	—	—	—	
Tijeras	—	—	—	
Termómetro	—	—	—	
Pinzas	—	—	—	
Linterna	—	—	—	
Pilas para linterna	—	—	—	
Libreta de notas	01	✓	—	
Lapiz	01	✓	—	
Alcohol Antiseptico	01	✓	01-2020	
Venda de Algodon	02	✓	08-2019	
Micropore	01	✓	01-2023	
Sodio Cloruro	02	✓	02-2019	

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

COMPROMISOS	RESPONSABLE DE	FECHA REALIZACIÓN	RESPONSABLE REVISIÓN	FIRMA

ELABORÓ	REVISO	APROBÓ
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
CARGO:	CARGO:	CARGO:

ANEXO 11. DOCUMENTOS DEL VEHÍCULO DE LA INTERVENTORÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10007217953

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WEP689	FOTON	BJ2037Y3MDV	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.776	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	DOBLE CABINA	DIESEL	1000 - 5

NÚMERO DE MOTOR: 99597760 — REG: N — VIN: LVAV2MBB3EJ002033

NÚMERO DE SERIE: ****** — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: LVAV2MBB3EJ002033 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MACARENO ARROYO HUGO ANDRES — IDENTIFICACIÓN: C. 92537301

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ****** — POTENCIA HP: 161

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 352013000357718 — I/E: I — FECHA IMPORT.: 05/11/2013 — PUERTAS: 4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO DE BOGOTA S.A

FECHA MATRÍCULA: 03/04/2014 — FECHA EXP. LIC. TTO.: 16/04/2014 — FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA

LTD1004770870

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE OPERACIÓN

No. 118696

No. DE PLACA
WEP689

MARCA
FOTON

AÑO MODELO
2014

LÍNEA
BJ2037Y3MDV

CLASE DE VEHICULO
CAMIONETA

TIPO DE CARROCERIA
DOBLE CABINA

COMBUSTIBLE
DIESEL

MODALIDAD DE SERVICIO
ESPECIAL

CAPACIDAD PASAJEROS
SENTADOS 5 DE PIE

CARGA
KG. 1000

RADIO DE ACCIÓN
NACIONAL

NIVEL DE SERVICIO

RAZÓN SOCIAL EMPRESA
COMPAÑIA INTEGRAL DE TRANSPORTES ESPECIALES LTDA

NIT
900463200

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA
CRA. 9 NO 8-35

CIUDAD / MUNICIPIO
MARSELLA

FECHA DE EXPEDICIÓN
05-09-2018

VIGENCIA
DESDE 05-09-2018
HASTA 04-09-2020

ENTIDAD QUE EXPIDE
DIRECCION TERRITORIAL RISARALDA

FIRMA DEL FUNCIONARIO

TO02000109768

SOAT

sura

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO MES DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO MES DÍA)	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO MES DÍA)
2018 03 22	2018 03 27	2019 03 26

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/CC	MODELO
21052809	WEP689	CAMIONETA	PUBLICO INTERMUNICIPAL	2776	2014

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
5	FOTON	BJ2037Y3MDV	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
89597760	LVAV2MBB3EJ002033	LVAV2MBB3EJ002033	1.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
HUGO ANDRES MACARENO ARROYO		CEDULA	92537301	

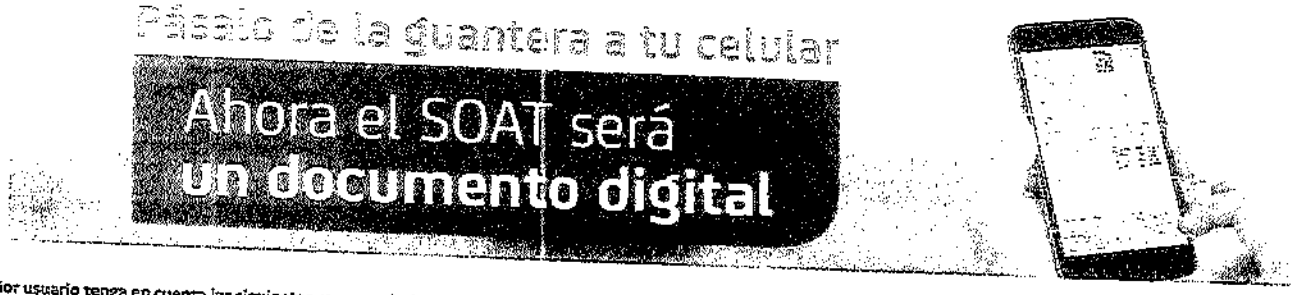
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	2613	80732		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
910	$ 585,100	$ 292,550	$ 1,800

TOTAL A PAGAR $ 879,450

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

CERTIFICADO DE REVISIÓN TECNOMECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 37712515

PLACA Nº WEP689	MARCA FOTON	LÍNEA BJ2037Y3MDV
SERVICIO PÚBLICO	COLOR BLANCO	MODELO 2014
	COMBUSTIBLE DIESEL	VIN LVAV2MBB3EJ002033
CLASE CAMIONETA	Nº DE MOTOR 29587760	IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO C 92537301
PROPIETARIO HUGO A. MACARENO A.		Nº CONSECUTIVO RUNT 136100426

[redacted]

Nº. DE CONTROL 37712515

PLACA Nº WEP689	CHASIS LVAV2MBB3EJ002033
CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR SERVICOCHES C.D.A	NIT 900143861
FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO 2018 MES 05 DÍA 23	SERVICOCHES CDA SAS 900.143.861-0 FIRMA DEL RESPONSABLE
FECHA DE VENCIMIENTO AÑO 2019 MES 05 DÍA 23	
No. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN 09-CIN-017-001	Nº CONSECUTIVO RUNT 136100426

	INSPECCION PRE-OPERACIONAL DEL VEHICULO (Diaria)	GO-FR-07
		Versión: 01
		Fecha: 01/15/2017
		Pagina: 1 DE 2

CLASE DE VEHICULO: Camioneta | MODELO: 2014 | PLACA No: WEP 689

CONDUCTOR: Diego Montaña | MES/AÑO: 01 al 31 de enero 2019 | No INTERNO: 199

Revisión / Días	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
kilometraje de inicio		82416	82416	82416	82416			82425	82440	82460	82500	82538		82595	82640	82675	82728	82863	82891		82941	82974	83025	83175	83280	83392		83463	83577	83838	83838
1- FUGAS																															
MOTOR		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
HIDRAULICO		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
TRANSMISION		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
FRENOS		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
COMBUSTIBLE		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
2- NIVELES																															
NIVEL DE REFRIGERANTE		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
NIVEL DE ACEITE Y TAPAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
NIVEL DE HIDRÁULICO DE LA DIRECCIÓN		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
NIVEL DE HIDRÁULICO DE EMBRAGUE		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
NIVEL DE AGUA LIMPIA BRISAS - PLUMILLAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
NIVEL LÍQUIDO DE FRENOS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
3 - BATERIA																															
AJUSTE DE BORNES Y SULFATACIÓN		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
NIVEL DE ELECTROLITO DE LA BATERÍA		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
4 - LLANTAS Y SUSPENSION																															
DESGASTE		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
PRESIÓN DE AIRE		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
REPUESTO		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
ESPÁRRAGOS, MUELLES Y BALLESTAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
5 - FRENOS																															
DELANTEROS (ASBESTOS Y TOLERANCIA)		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
TRASEROS (ASBESTOS Y TOLERANCIA)		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
EMERGENCIA		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
PRESION DE AIRE		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
6 - DIRECCION (TOLERANCIA)		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
7 - TRANSMISION (SONIDO)		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
8- LUCES																															
MEDIAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
BAJAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
INTERNAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
DIRECCIONALES Y PARQUEO		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
FRENO		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
REVERSA		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
9 - VISIBILIDAD																															
ESPEJOS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
VENTANAS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
PANORAMICOS		B	B	B	B			B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B

CTE	INFORME DE MANTENIMIENTO	GO-FR-09
		Versión: 01
		Fecha: 01/15/2017
		Página 1 de 1

MOVIL:	199	MARCA:	Foton	MODELO:	2014	MES:	enero 2019
PLACA:	WCP 089	LINEA:	BJ 1037 Y3 m VD	CONDUCTOR:	Diego Martínez		

FECHA	KILOMETRAJE ACTUAL	N° DE ORDEN DE TRABAJO	TRABAJO REALIZADO	PROVEEDOR / TALLER	COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.794.502
MONTAÑEZ TELLEZ
APELLIDOS
DIEGO ALEXANDER
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-AGO-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00618053-M-0080794502-20140903 0039819091A 1 1892993449

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	10-11-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	10-11-2021	PUBLICO



VALID 121551 05/18

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001057300

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 80794502

NOMBRE

DIEGO ALEXANDER MONTAÑEZ TELLEZ

FECHA DE NACIMIENTO

17-08-1984

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

10-11-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.