INFORME MENSUAL DE GESTIÓN SST No. 01

PERIODO DEL

29 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS USME

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S
NIT 900659125-6

CONTRATO DE OBRA No. 1217 DE 2024

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME"

BOGOTÁ D.C

TABLA DE CONTROL

Revisión	Fecha	Actualización
1	10 de febrero 2025	Versión inicial

Revisión y Aprobación

	Nombre	Cargo	Firma
ELABORÓ	Betty Lucia Fajardo León	Residente SST	
REVISÓ	Carmelo Fabián Mendívil Tovar	R. Legal	
APROBÓ	Katherine Useche Ramirez	Directora de Interventoría	

Contenido

INTRODUCCIÓN 5

OBJETIVOS 5

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5

1. CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 6
1.1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 6
1.2. OBJETO DEL CONTRATO 6
1.3. PLAZO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO 6
1.4. DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE OBRA 6
1.5. LOCALIZACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 7
2. CAPÍTULO 2: MANEJO SST DE OBRA 8
2.1. COMPONENTE A: SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL 8
2.2. COMPONENTE D: MANEJO SST EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS 9
2.3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL 14
2.4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL 14
2.5. PLAN DE EMERGENCIAS 16
2.6. INDICADORES DEL SG-SST 16
2.7. MAQUINARIA Y VEHICULOS 22

CONCLUSIONES 22

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Información General de la Obra 7
Tabla 2. Personal Componente SST 8
Tabla 3. Personal Plantilla Mínima 9
Tabla 4. Personal Plantilla Mínima Adicional.....**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 5. Personal Plantilla Mínima (Ingreso-Retiro) .....**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 6 – Vinculación de personas con discapacidad.....**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 7 – Personal presente durante el periodo.....9
Tabla 8 – Inducciones realizadas en el periodo 10
Tabla 9 – Inducciones – Fecha de realización 10
Tabla 10 – Cronograma de actividades.....12
Tabla 11 – Exámenes y paraclínicos realizados 13
Tabla 12 – Entrega y reposición de EPP.....15
Tabla 13 – Charlas o capacitaciones.....**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 14 – Integrantes de la Brigada de Emergencia 16
Tabla 15 – Maquinaria y vehículos.....**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 16 – Maquinaria y vehículos en el periodo 22

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Formato afiliación y pago
Anexo 2. Inducción
Anexo 3. Notificación de riesgos y examen egreso
Anexo 4. Afiliaciones o pagos SGSS
Anexo 5. COPASST - VIGIA SST
Anexo 6. Cronograma de actividades
Anexo 7. Capacitaciones
Anexo 8. Exámenes médicos ocupacionales
Anexo 9. Inspecciones
Anexo 10. Entrega y reposición de EPP
Anexo 11. Accidentabilidad
Anexo 12. Registro Fotográfico

INTRODUCCIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales como empleador y las demás establecidas en el Contrato No. 1217 de 2024, el cual tiene como objeto es *"*CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME" PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S elabora y presenta el **Informe de Gestión SST Mensual No 01**, correspondiente al periodo comprendido entre el 29 de enero al 28 de febrero; el cual se realiza en cumplimiento a las obligaciones de Gestión Ambiental con la entidad contratante, El Fondo de Desarrollo Local de los USME - FDLU, utilizando como directriz el pliego de condiciones, el apéndice de obligaciones del contratista en gestión ambiental y de seguridad y salud en el trabajo A&SST. Este documento contiene el avance de ejecución del **SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - PIPMA - COMPONENTE SST** del Contrato No. 1217 de 2024, la descripción y anexos que soportan cada una de las actividades realizadas durante el periodo reportado que corresponde a la Etapa CONTRUCTIVA o de Etapa de OBRA.

OBJETIVOS

Describir las actividades de la gestión SST adelantada por **PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S,** en la etapa de **ACTIVIDADES CONSTRUTIVAS** o de OBRA en el desarrollo del contrato No. 1217 de 2024, durante el periodo comprendido entre el 29 de enero al 28 de febrero.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actividades SST desarrolladas durante la etapa constructivas
- Realizar el control de las actividades desde el punto de vista SST del proyecto.
- Adjuntar documentos soporte y evidencias de las actividades en materia SST realizadas durante el periodo reportado, en relación a cada uno de los programas propuestos en el PIPMA - COMPONENTE SST.
- Evidenciar los procesos de inducción, notificación de riesgos al personal entrante.
- Dar cumplimiento al seguimiento de la entrega de elementos de protección personal y dotación.
- Seguimiento en el cumplimiento de las afiliaciones y pagos al Sistema de Seguridad Social al personal que participo en el periodo.

1. CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.2. Objeto del contrato

El Contrato No. 1217 de 2024 tiene por objeto "CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME."

1.3. Plazo para la ejecución del contrato

El Contrato tendrá un plazo de ejecución de cinco (05) meses, contados a partir de la fecha del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización del respectivo contrato de obra, y previa suscripción de las respectivas Actas de Inicio, plazo dentro del cual se deberán desarrollar las siguientes etapas:

1.4. Descripción del contrato de obra

El plan de desarrollo local de Usme, denominado UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÀ DEL SIGLO XXI, tiene como objetivo fundamental la solución de las necesidades básicas insatisfechas, entre las que está el acceso al servicio de agua potable1 que es fundamental para la vida humana , para ello el proyecto para CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME con un presupuesto oficial destinado para el presente proceso de contratación corresponde a NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($932.482.565)

Tabla 1. Información General de la Obra

CONTRATO DE OBRA No.	1217 DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME.
LOCALIZACIÓN	BOGOTÁ D.C.
CONTRATISTA	PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S
NIT	900659125-6
REPRESENTANTE LEGAL	CARMELO FABIÁN MENDÍVIL TOVAR
DIRECCIÓN	CL32A 36104 AP 1004B
TELÉFONO	3006644230
VALOR DEL CONTRATO	($932.482.565
FECHA ACTA DE INICIO	29 de enero de 2024
PLAZO ACTIVIDADES DE OBRA	Cinco (5) meses

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

1.5. Localización general del Proyecto

La localidad de Usme fue fundada en 1650 como San Pedro de Usme, convirtiéndose en el centro de una zona rural dedicada a la agricultura, provee parte importante de los alimentos de la capital. Su nombre proviene de una indígena muisca llamada Usminia la cual estaba ligada sentimentalmente a los Caciques de la época en la antigua Bacatá (Bogotá). Límites:

Norte: localidad de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito.

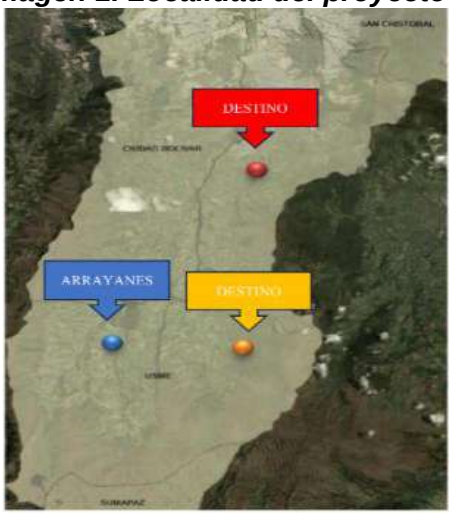
Sur: localidad de Sumapaz.

Este: Cerros orientales, con los municipios de Ubaque, Chipaque y Une (Cundinamarca).

Oeste: localidad de Ciudad Bolívar.

El desarrollo del contrato COP 1217 de 2024 se ejecutará dentro de la localidad de Usme, ubicado al suroriente de la ciudad, donde se ejecutarán las actividades de mejoramiento y la dotación de las estructuras y redes de los acueductos para las veredas priorizadas en la localidad de Usme s en las siguientes unidades de planeación zonal: vereda Arrayanes – (color azul), vereda Destino (color rojo) y vereda Curitiba (color amarillo)

Imagen 1. Localidad del proyecto



Fuente. Contrato de obra 1217-2024

2. CAPÍTULO 2: MANEJO SST DE OBRA

Durante el periodo de reporte, que corresponde a la etapa de ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS, se desarrollaron las actividades descritas a continuación por componente y programas:

2.1. COMPONENTE A: SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

2.1.1. Personal Componente SST

Con el fin de dar cumplimiento a los términos contractuales, el siguiente es el personal que laboro durante el periodo de reporte para este componente, durante la etapa de obra.

Tabla 2. Personal Componente SSTMA

CARGO	NOMBRE COMPLETO	DEDICACIÓN
Residente SSTMA	Betty Lucia Fajardo León.	40%

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

2.1.2. PIPMA y SGSST

Mediante correo electrónico del 11 de febrero de 2024 se remitió a interventoría la versión N° 1 del PIPMA – COMPONENTE SST del Contrato No. 1217 de 2024, del cual se recibieron observaciones mediante correo electrónico se realiza atención a las observaciones indicadas por la Interventoría.

2.1.3. PERSONAL PLANTILLA MÍNIMA

A continuación, se relaciona el personal que participo en el periodo como personal correspondiente a la plantilla mínima para el contrato COP-1217-2024.

Tabla 3. Personal Plantilla Mínima

CARGO	NOMBRE COMPLETO	DEDICACIÓN
DIRECTOR DE OBRA	JIMMY ELVER DIAZ RODRIGUEZ	20%
INGENIERO RESIDENTE DE OBRA	PABLO ALBEYRO GAVIERIA BASTIDAS	46%
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	MERY LIZETH TRILLERAS JUANIAS	94%
RESIDENTE SSTMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON	40%
RESIDENTE SOCIAL	JHONTAN CIFUENTES LEON	30%
TOPÓGRAFO	WEIMAR RIVERA ROSERO	30%
INSPECTOR DE OBRA	HECTOR RODRIGUEZ HERNANDEZ	70%

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

2.2. COMPONENTE D: MANEJO SST EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS

2.2.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

La tabla a continuación muestra el personal presente en el proyecto, durante el período del presente informe. **Anexo 1. Formato afiliación y pago**

Tabla 4 – Personal presente durante el periodo

NUEVOS	ANTIGUOS	INGRESO - RETIRO	RETIRO ANTIGUOS	TOTAL, TRABAJADORES
8	0	8	0	8

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

2.2.2. PROGRAMA DE INDUCCIÓN

Se realiza inducción a todos los trabajadores en donde se tratan los siguientes temas: Política de seguridad y salud en el trabajo, política de alcoholismo y tabaquismo, reglamento de higiene industrial, uso adecuado y obligatorio de EPP, SGSSI, plan de emergencias, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y notificación de derecho a examen de egreso; como constancia, cada trabajador firma el formato "SST Formato Inducción y Capacitación".

Anexo 2. Inducción

Tabla 5 – Inducciones realizadas en el periodo

INDUCCIONES		
PERSONAL NUEVO	INGRESO - RETIRO	CANTIDAD DE INDUCCIONES
0	2	2

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

A continuación, se relacionan las fechas y tiempo en la realización de las inducciones y la cantidad de trabajadores que participaron:

Tabla 6 – Inducciones – Fecha de realización

No.	Fecha	Participantes	Cantidad Hora
1	08/02/2024	4	1 hora
1	10/02/2024	4	1 hora
TOTAL, DE INGRESOS: 8 nuevos + 0 Ingreso-Retiro		8	2 horas

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

2.2.3. NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

Durante las inducciones, se le informa a cada uno de los trabajadores los peligros y riesgos a los que posiblemente estarían expuestos en la ejecución de sus labores teniendo en cuenta el cumplimiento de las actividades asignadas a su cargo, se socializa las recomendaciones y los mecanismos para minimizar su exposición de acuerdo con el riesgo, así mismo se indican las actividades que van a desarrollar en el proyecto.

Anexo 3. Notificación de riesgos

2.2.4. AFILIACIONES Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD

El personal vinculado al contrato en el periodo actual se relaciona en el formato SST - 7 AFILIACIONES Y PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Afiliaciones sistema de seguridad social

Todo el personal que ingresa al proyecto en el presente periodo cuenta con soportes de afiliación al SGSS (EPS; AFP y ARL), el personal que se vinculó al proyecto pero que viene trabajando con otra empresa o por una de las empresas de PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S cuenta con pagos al día.

Anexo 4. Afiliaciones o pagos SGSS

a) Las empresas que tienen al personal en la modalidad de contratación dependiente, se presentan a los soportes de afiliación y la planilla de pago de seguridad social del periodo febrero 2025 **(AFP, ARL**).se relaciona en el mes de marzo.
b) El personal por modalidad de contratación por prestación de servicios, se anexa los soportes de afiliación y la respectiva planilla de seguridad social periodo febrero 2025.se relaciona en el mes marzo.

2.2.5. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Dando cumplimiento a la resolución 2013 de 1986 del Ministerio de Trabajo PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S, conformó el Vigía COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo). Se conformó el día 8 de febrero 2025 el COPASST conformado por 01 representante del empleador con su suplente y 01 representante de los trabajadores con su suplente, los cuales se reunirán iniciando el periodo mensual; comité que realizara el seguimiento e implementación al SGSST.

. **Anexo 5. COPASST - VIGIA SST**

2.2.6. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Dando cumplimiento a la legislación en seguridad y salud en el trabajo, PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S informa a los trabajadores de la importancia del Comité de Convivencia Laboral, cual debe conformarse y llevar a cabo reuniones trimestrales, donde atenderán quejas o reclamos con respecto a temas de acoso laboral al interior de la Empresa.

De acuerdo con el cronograma SST, el día 8 de febrero 2024 se informa de la importancia de conformar el Comité de Convivencia Laboral el cual estará conformado por 01 representante del empleador con su suplente y 01 representante de los

trabajadores con su suplente, los cuales se acorde con la programación del Plan de trabajo SST, quedando pendiente su conformación.

2.2.7. REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

El Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial son divulgados mediante los procesos de inducción realizados por el Residente SSTMA.

2.2.8. Se encuentra pendiente la publicación en cada frente de obra de PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S una cartelera informativa, la política y reglamento de higiene y seguridad industrial para el contrato de obra No. 1217 de 2024.

2.2.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SST

En cumplimiento al cronograma del SGSST- PIPMA se realizaron las siguientes actividades acorde con la programación de actividades dentro del Cronograma SST.

Anexo 6. Cronograma de actividades

Tabla 7 – Cronograma de actividades

No.	ACTIVIDADES / CAPACITACIONES	PROGR	EJECUT	REPRO	EVIDENCIA CUMPLIMIENTO
1	Inducción general de obra	1	1		Anexo 2. Inducción
2	Socialización de procedimientos	1	1		Anexo 2. Inducción
3	Notificación de Riesgos (cuando se requiera)	1	1		Anexo 3. Notificación de riesgos
4	conformación del COPASST	1	1		Anexo 5. COPASST - VIGIA SST
5	conformación CCL	0	0		Pendiente conformación CCL
7	Examen médico de ingreso	1	1		Anexo 8. Examen médicos ocupacionales
9	Socialización de procedimientos en SST	1	1		Anexo 2. Inducción
10	Charla sobre Manejo adecuado de residuos solidos	1	1		Anexo 14. Formatos capacitación
11	Divulgación del plan de emergencias y Contingencias (En la Inducción)	0	0		Anexo 2. Pendiente
12	Inspección de EPP	1	1		Anexo 13. Inspecciones
13	Inspección de botiquín	1	1		Anexo 12. Inspecciones
14	Inspección de Extintores	0	0		Anexo 12. Inspecciones
15	Inspección de camillas	1	1		Anexo 12. Inspecciones

No.	ACTIVIDADES / CAPACITACIONES	PROGR	EJECUT	REPRO	EVIDENCIA CUMPLIMIENTO
TOTAL		11	11	0	

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

Se ha dado cumplimiento a las (11) actividades programadas durante el primer mes del periodo de informes mensuales para un cumplimiento del 100% del cronograma de actividades en su versión 1.

2.2.10. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

2.2.11. Actividades, campañas de promoción y prevención

Dentro del cronograma de actividades SST, para el correspondiente periodo no se tiene programada, actividades de promoción y prevención.

Anexo 7. Capacitación

2.2.12. Exámenes Médicos Ocupacionales

Se realizaron los exámenes médicos de aptitud laboral al personal que ingresó durante el periodo actual en centro de salud donde el médico ocupacional garantiza la confidencialidad y la cadena de custodia de la información de las historias clínicas de cada trabajador.

Los exámenes de seguimiento médico de los colaboradores que ingresaron al contrato tienen como propósito garantizar el seguimiento al estado de salud de estos. Durante el periodo se realizaron exámenes médicos a los trabajadores que ingresaron, en dicho examen NO se registraron restricciones médicas.

Tabla 8 – Exámenes y paraclínicos realizados

No	EMPRESA	Examen general	Audiometría	Optometría	Espirometría
1	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	8	8	8	8

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

Adicional se realizan las recomendaciones médico – laborales a fin de dar a conocer al trabajador su concepto particular y las recomendaciones que debe seguir para el proceso de cada uno. Se incluye 8 exámenes de ingreso.

Anexo 8. Examen médicos ocupacionales

2.2.13. Notificación Examen médico de egreso

Durante las inducciones se notifica al trabajador, el derecho a realizarse el examen médico de egreso. **Anexo 3. Notificación de riesgos y examen egreso**

2.2.14. Diagnóstico de condiciones de salud

Mediante la aplicación del formato de Matriz de Identificación de Peligros, valoración de riesgos y determinación de Controles para el proyecto, se identificaron las condiciones de riesgos presentes por secuencia de las actividades de obra y de cada uno de las áreas y puestos de trabajo u oficio para las diferentes etapas del Contrato.

En la actualidad No se presentan incidencias con el personal que ingresa al proyecto a nivel de condiciones de salud o manifestaciones que puedan ocasionar sintomatología evidente; sin embargo, se hace seguimiento a través del formato SST - 1 AFILIACIONES Y PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, en este se incluyen las observaciones médicas emitidas por el profesional de la salud.

2.3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

2.3.1. Saneamiento básico

En el frente obra se organiza un campamento provisional el cual incluye, suministro de agua potable y además, se cuenta con un punto ecológico.

2.4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

2.4.1. Matriz de identificación de peligros

Se presenta dentro del SG-SST aplicable para el contrato la matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.

2.4.2. Inspecciones de seguridad

Durante el período del presente informe, se tienen programada la realizaron de **Inspecciones SST, Kit de Emergencias** de acuerdo con el cronograma de actividades SST. **Anexo 9. Inspecciones**

2.4.3. Entrega y reposición de elementos de protección personal

Durante el período actual se realiza la entrega de dotación y de los elementos de protección personal a trabajadores que ingresaron, de acuerdo con su actividad laboral.

Tabla 9 – Entrega y reposición de EPP

Entrega de elementos de protección personal y dotación	
# trabajadores antiguos entrega de dotación Y EPP	8

Fuente:PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

. **Anexo 10. Entrega y reposición de EPP**

2.4.4. Divulgación de procedimientos

En los registros de inducción del personal, se registró un temario divulgado al personal en este proceso formativo, se registró en el formato "*SST - 3 Formato Inducción y Capacitación"*, la Divulgación de procedimientos seguros, la cual hace referencia a los correspondientes procedimientos descritos en el Cronograma de actividades. Se encuentra socializado dentro de los procesos de inducción.

Anexo 2. Inducción

2.4.5. Reporte e investigación de accidentes/incidentes de trabajo y enfermedad laboral

Durante la ejecución del Contrato de obra No 1217 del 2024, no se presentaron accidentes de trabajo, por tal razón no se relaciona ningún informe de investigación y seguimiento.

Anexo 11. Formatos Accidentalidad

2.5. PLAN DE EMERGENCIAS

Durante las inducciones se da a conocer el Plan de Emergencias al personal del contrato. Los frentes de obra en intervención contaron con señalización de emergencias, y se identificaron el punto de encuentro. De igual forma se cuenta con kit de emergencias conformado por Extintor, Camilla, Botiquín.

Anexo 12. Registro Fotográfico.

Tabla 10 – Integrantes de la Brigada de Emergencia

NOMBRE	CARGO
BETTY LUCIA FAJARDO LEON	LÍDER DE LA BRIGADA
JHONATAN CIFUENTES LEON	LÍDER DE EMERGENCIA
WEIMAR RIVERA ROSERO	BRIGADISTA
HECTOR RODRIGUEZ HERNANDEZ	BRIGADISTA

Fuente: Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

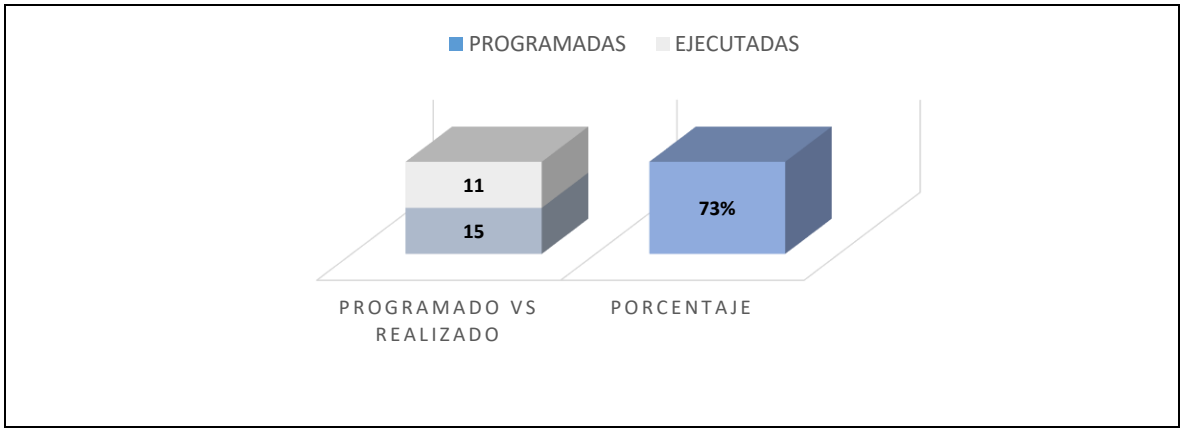
2.6. INDICADORES DEL SG-SST

Con el objeto de medir la eficacia del SG-SST se determinaron indicadores de gestión enfocados en hacer seguimiento a la accidentalidad, enfermedades laborales y cumplimiento general del sistema, que se presentan a continuación:

2.6.1. Indicadores de cumplimiento:

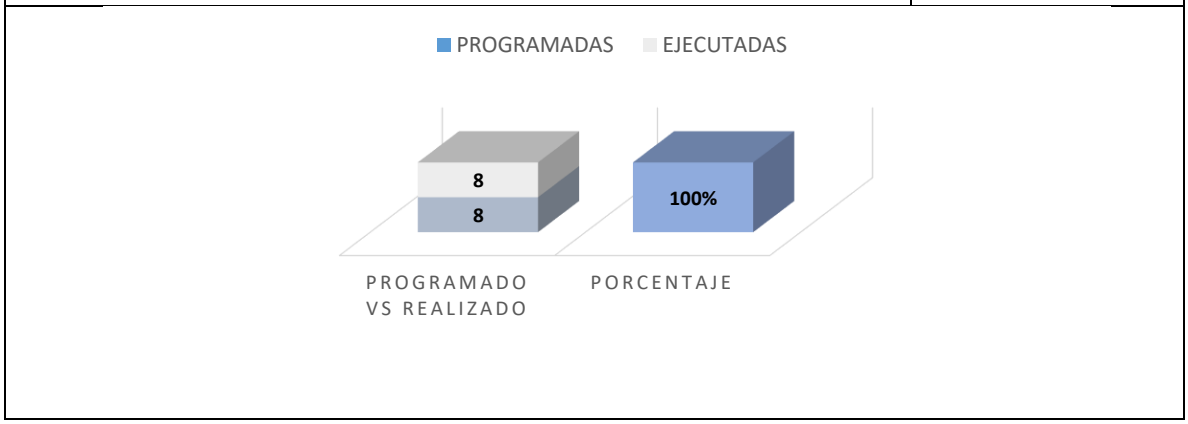
Indicador de cumplimiento del cronograma de actividades

Indicador de cumplimiento del cronograma de actividades	
$\%\ cumplimiento\ cronograma = \frac{N°\ de\ actividades\ ejecutadas\ en\ el\ mes}{N°\ total\ de\ actividades\ programadas}\ x\ 100$	11/15*100 =73%



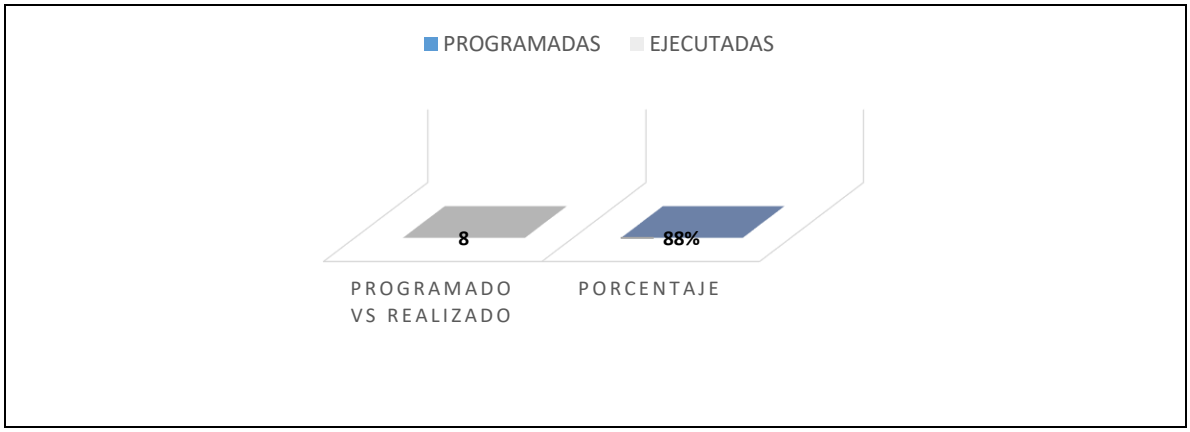
Indicador de cumplimiento inducciones

Indicador de cumplimiento inducciones	
$\%\ cumplimiento\ inducciones = \frac{N°\ de\ trabajadores\ con\ inducción}{N°\ total\ de\ trabajadores\ nuevos}\ x\ 100$	8/8*100 = 100%



Indicador de cumplimiento capacitaciones y/o charlas SST

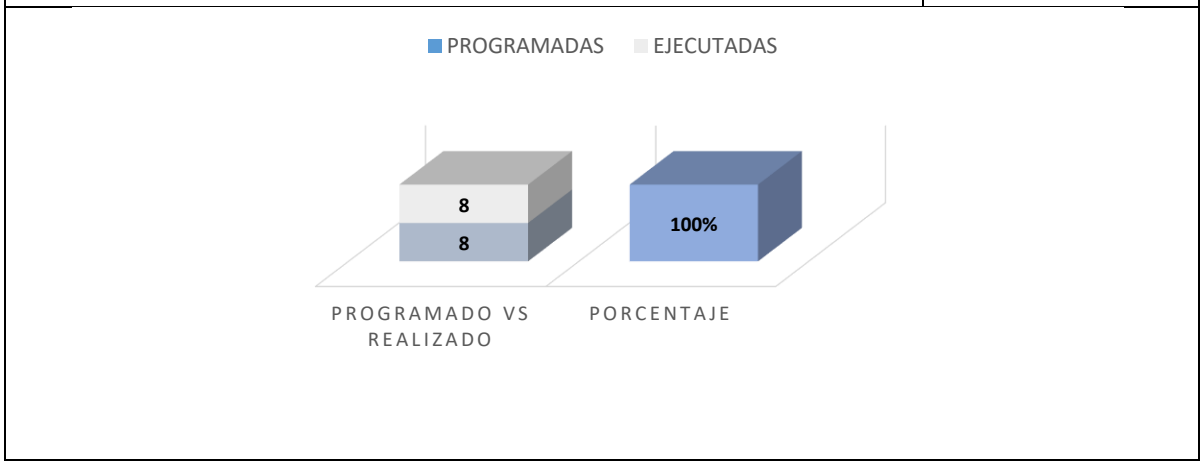
Indicador de cumplimiento capacitaciones y/o charlas SST	
$\%\ cumplimiento\ charlas\ capacitaciones = \frac{N°\ de\ charlas\ o\ cap.\ en\ el\ mes}{N°\ de\ charlas\ o\ cap\ programadas}\ x\ 100$	8/9*100 = 88%



2.6.2. Indicadores de cobertura:

Indicador de cobertura al sistema general de seguridad social

Indicador de cobertura al Sistema general de seguridad social	
$\%\ cobertura\ al\ SSI = \frac{N°\ de\ trabajadores\ activos\ en\ el\ SSI}{N°\ total\ de\ trabajadores}\ x\ 100$	8/8*100 = 100%



2.6.3. Indicadores de impacto:

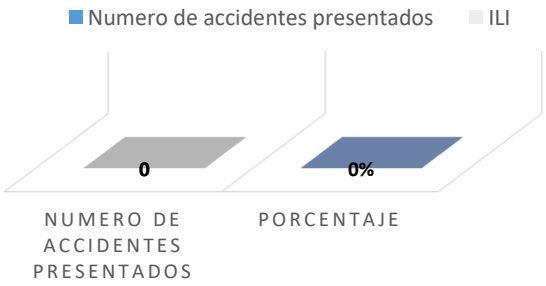
Indicador de accidentalidad

El índice de lesiones incapacitantes "ILI" es un índice global del comportamiento de lesiones incapacitantes, que no tiene unidades.

$$ILI\ AT = \frac{INDICEDEFRECUENCIAXINDICEDESEVERIDAD}{1000}$$

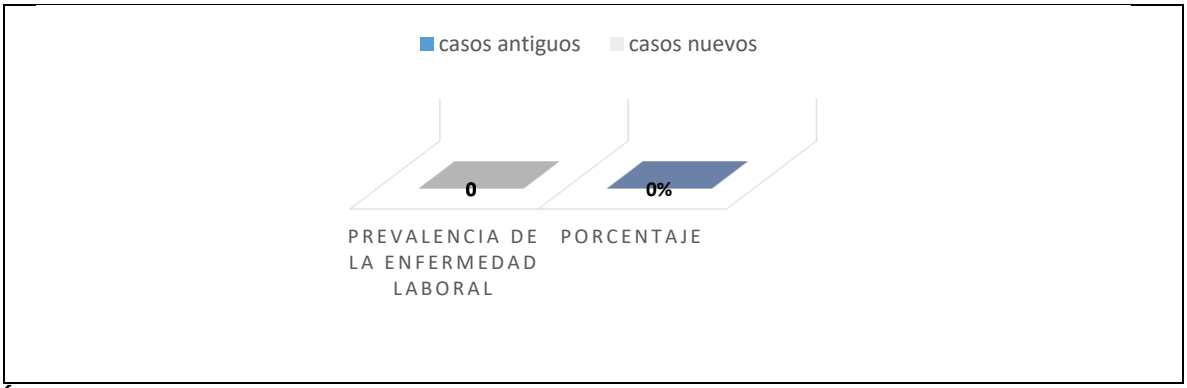
Durante el período NO se presentaron accidentes de trabajo. $ILIAT = \frac{0\ X\ 0}{1000} = 0\%$

Indicador de accidentabilidad	
$ILI\ AT = \frac{Indice\ de\ frecuencia\ x\ Indice\ de\ Severidad}{1000}$	ILI AT= 0x0/1000 = 0%



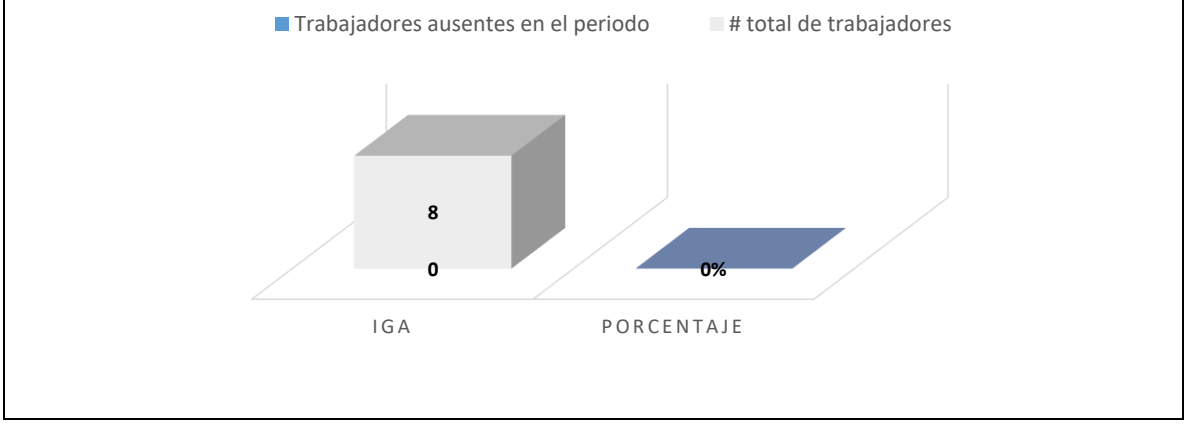
Indicador de prevalencia de la enfermedad laboral

Indicador de prevalencia de la enfermedad laboral	
$Prevalencia\ de\ E.L = \frac{No.\ casos\ nuevos + casos\ antiguos}{\#\ total\ de\ trabajadores}\ x\ 100$	$prevalencia\ E.L = \frac{0+0}{8}\ x\ 100 = 0\%$



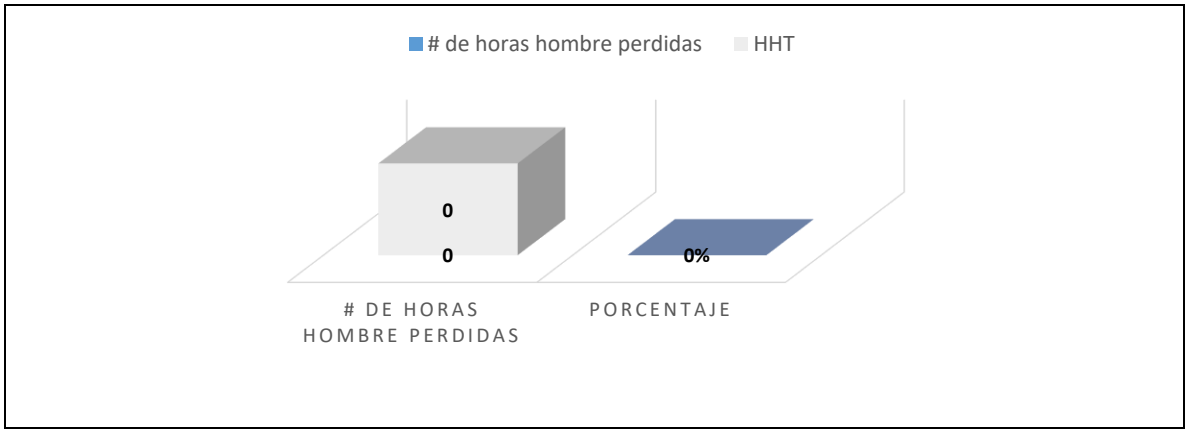
Índice General de Ausentismo (IGA)

Indicador de general de ausentismo (IGA)	
$IGA = \frac{No.\ Trabajadores\ ausentes\ en\ el\ periodo}{\#\ total\ de\ trabajadores}\ x\ 100$	$IGA = \frac{0}{8}\ x\ 100 = 0\%$



Tasa de Ausentismo (TA)

Indicador de tasa de ausentismo	
$TA = \frac{No.\ Horas\ perdidas}{\#\ total\ de\ HHT}\ x\ 100$	$TA = \frac{0}{0}\ x\ 100$ =0%


de horas hombre perdidas
HHT
0
0
0%
DE HORAS HOMBRE PERDIDAS
PORCENTAJE

2.7. MAQUINARIA Y VEHICULOS

El contrato COP-1217-2024; para este periodo realizó el uso de maquinaria mínima la cual se anexa documentación correspondiente y se relaciona a continuación:

Tabla 11 – Maquinaria y vehículos en el periodo

MOVIL	CLASE	TIPO	MARCA	Modelo/Placa
01	Maquinaria	Excavadora	Kubota 50	2015

Fuente: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S, contrato de obra No 1217 2024

CONCLUSIONES

- El presente informe corresponde al período del No.01 se presentará la gestión del periodo comprendido del 29 de enero al 28 de febrero, en el que se detallan las diferentes actividades SST desarrolladas.
- Se cuenta Aprobado en el Sistema de Gestión en Seguridad y salud en el trabajo y mediante el presente informe se reporta las evidencias de seguimiento y cumplimiento respectivo.
- Para este periodo se cuenta con un total de 8 trabajadores.
- Se realiza revisión y seguimiento a las afiliaciones del personal y pagos de seguridad social y se presenta durante el presente informe como anexo.
- Dentro del periodo fase construcción se requirió el ingreso de maquinaria o vehículos, los cuales cumplieron con los requisitos documentales, se anexa la documentación correspondiente.
- Se ha dado cumplimiento a las (11) actividades programadas durante el periodo del contrato dando un cumplimiento del 73% del cronograma de actividades en su versión 1.
- Para el periodo no se presentaron accidentes de trabajo, por lo tanto, los indicadores se presentan en cero.
- Para el correspondiente periodo se realizó las capacitaciones en Uso cuidado de EPP, socialización del SGSST, divulgación de políticas y manejo adecuado de residuos sólidos.
- Durante el periodo del presente informe no se presentaron accidentes o incidentes de trabajo por parte de PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S

ANEXO 1.

FORMATO AFILIACIÓN Y PAGO

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	AFILIACIONES Y/O PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTROL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO : SST - 7
		VERSION 1
		FECHA DE VIGENCIA : 23/06/2025

OBJETO DEL CONTRATO	**CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME**				
CONTRATO DE OBRA N°	**CTO1217-2024**	**CONTRATISTA:**	**PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S**	**NIT:**	**900659125-6**
CONTRATO DE INTERVENTORIA N°	**CTO1218-2025**	**INTERVENTORIA:**	**CONSORCIO INTERACUEDUCTOS**	**NIT:**	
PERIODO DEL INFORME:					

N°	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRE	CEDULA	EDAD	CARGO	TELEFONO	ARL	FECHA DE LA AFILIACION O ULTIMO PAGO	EPS	FECHA DE LA AFILIACION O ULTIMO PAGO	AFP	FECHA DE LA AFILIACION O ULTIMO PAGO	EXAMEN INGRESO	EXAMEN PERIODICO	EXAMEN EGRESO	RECOMENDACIONES
PERSONAL NUEVO																
1	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	MERY LIZETH TRILLERAS JUANIAS	1.024.556.381	30	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	3154531248	POSITIVA	10/02/2025	NUEVA EPS		PORVENIR	10/02/2025	✔			
2	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	BETTY LUCIA FAJARDO LEON	1.124.849.812	38	RESIDENTE SISOMA	3112547130	POSITIVA	10/02/2025	EMSSANAR(traslado Nueva eps)		COLPENSIONES	10/02/2025	✔			
3	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	JONATHAN CIFUENTES LEON	1.013.618.450	34	RESIDENTE SOCIAL	313759004	POSITIVA	10/02/2025	SANITAS		PROTECCION	10/02/2025	✔			
4	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	ZULEIMA TATIANA FAJARDO	1.124.863.340	28	RESIDENTE DE OBRA	3204851983	POSITIVA	10/02/2025	NUEVA EPS		COLPENSIONES	10/02/2025	✔			
5	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	DIEGO JOSE SANTERO BUELLAS	1.082.065.896	30	AYUDANTE DE OBRA	3148588159	POSITIVA	10/02/2025	COOSALUD		PORVENIR	10/02/2025	✔			
6	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	YEIRIN CARRILLO GOMEZ	72.336.855	30	AYUDANTE DE OBRA	3202510990	POSITIVA	10/02/2025	SALUD MUTUAL SER		COLPENSIONES	10/02/2025	✔			
7	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	CRISTIAN FABIAN USECHE RAMIREZ	1.030.568.788	35	INSPECTOR DE OBRA	3204567668	POSITIVA	10/02/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR	10/02/2025	✔			
8	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	JULIO ENRRIQUE PASACHOVA CASTIBLANCO	19.388.837	65	TOPOGRAFO	3023443075	POSITIVA	19/02/2025	SANITAS		N.A	19/02/2025	✔			
9	PMA&ACONSTRUCCIONES S.A.S	DIDIER ARLEY PAEZ HERNANDEZ	80.143.293	41	OPERADOR	461911	POSITIVA	1/01/2025	COMPENSAR		COLFONDOS	1/01/2025	✔			
PERSONAL ANTIGUO																
1																
2																
3																
PERSONAL RETIRADO																
1																
2																
3																
PERSONAL INGRESO - RETIRO																
1																
2																
3																

(Firma) Carmelo Mendivil Tovar
REPRESENTANTE LEGAL - CARMELO MENDEVIL TOVAR
CONTRATISTA

(Firma)
REPRESENTANTE LEGAL DANIEL USECHE
INTERVENTORÍA

ANEXO 2.

INDUCCIÓN

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO, CHARLA INFORMATIVA, OTRO**	**Codigo: SST-3**
		Version: 1
		23/06/2025

CONTRATO :	**CTO-1217-2024**
OBJETO:	**CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME**

TEMA:	**INDUCCION AL SGSST**				
FECHA	**6/02/2025**	**HORA DE INICIO**	**7:00 a. m.**	**HORA DE FINALIZACION**	**8:00 a. m.**
LUGAR	**FRENTE DE OBRA VEREDA EL DESTINO**	**NOMBRE DEL EXPOSITOR**	**BETTY LUCIA FAJARDO LEON**		

TIPO							
INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN		ENTRENAMIENTO		CHARLA INFORMATIVA		Otro	

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	TATIANA FAJARDO	1.124.863.340	RESIDENTE DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
2	MERY LIZETH TRIJERAS JUANIAS	1.024.556.381	PROFESIONAL ADMINISTRIVO	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
3	JONATHAN CIFUENTES LEON	1.013.618.450	RESIDENTE SOCIAL I	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
4	DIEGO JOSE SANTERO	1.082.065.896	AYUDANTE DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	Diego Santero
5	YEILIN CARRILLO GOMEZ	72.336.855	AYUDANTE DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	Yeilin Carrillo G
6	CRISTIAN FABIAN USECHE RAMIREZ	1.030.568.788	INSPECTOR DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	Cristian Useche
7	JULIO ENRRIQUE PASACHOA	19.388.837	TOPOGRAFO	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
8	DIDIER ARLEY PAEZ HERNANDEZ	80.143.293	OPERADOR	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RELACIONAR LOS DATOS DEL ENCARGADO DE LA INDUCCION , CAPACITACION , ENTRENAMIENTO , CHARLA INFORMATIVA y/u otro	
NOMBRE	**BETTY LUCIA FAJARDO LEON**
FIRMA	

ANEXO 3.

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Y EXAMEN EGRESO

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**6 DE FEBRERO 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**DIDIER ARLEY PAEZ HERNANDEZ**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**80143293**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**OPERADOR**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

X	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	X	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
X	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	X	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
X	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
X	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**6 DE FEBRERO 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**ZULEIMA TATIANA FAJARDO LEON**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**1124863341**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**RESIDENTE DE OBRA**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

X	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	N.A	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
X	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	N.A	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
X	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
N.A	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO



POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
 FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**6 DE FEBREO 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**MERY LIZETH TRILLERAS JUANIAS**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**1024556381**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**PROFESIONAL ADMINISTRATIVO**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

N.A	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	N.A	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
X	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	N.A	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
X	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
N.A	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**6 DE FEBRERO DE 2024**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**JHONATAN CIFUENTES LEON**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**1013618450**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**RESIDENTE SOCIAL I**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

X	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	N.A	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
N.A	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	N.A	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
N.A	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**6 DE FEBREO DE 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**DIEGO JOSE SANTERO BUELVAS**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**1082065896**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**AYUDANTE DE OBRA**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&A CONTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

X	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	X	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
X	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	X	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
X	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
X	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO

Diego santero

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
Diego santero FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**6 DE FEBRERO 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**YEIRLIN CARRILLO GOMEZ**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**72336855**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**AYUDANTE DE OBRA**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

X	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	X	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
X	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	X	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
X	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
X	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO

Yeirlin Carrillo G.

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
Yeirlin Carrillo G. FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**10 DE FEBRERO 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**CRISTIAN FABIAN USECHE RAMIREZ**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**1030568788**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**INSPECTOR DE OBRA**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

X	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
X	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	X	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
X	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	X	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	X	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
X	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO

Cristian Useche

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
Cristian Useche FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S NIT 900.659.125-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, POLITICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS**	FOR-SST-09 VERSION 1 23/06/2025

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S
CTO-1217-2024

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

FECHA :	**5 DE FEBRERO 2025**
NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR:	**JULIO ENRRIQUE PASACHOVA**
IDENTIFICADO CON C.C / PEP	**19388837**
DESEMPEÑARE EL CARGO DE :	**TOPOGRAFO**
EMPRESA O COMPAÑÍA:	**PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S**

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

N.A	**Fisicos :** Ruido (de impacto, intermitente, continuo); Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia); Vibración (Cuerpo entero o segmentada); Temperaturas; Radiaciones ionizante y no ionizantes	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto, proyección de particulas
N.A	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado, fibras	N.A	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Virus; Bacterias, Hongos, Parasitos, Picaduras, Mordeduras, Fluidos o excementos **(NUEVO CORONAVIRUS COVID-19)**	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Públicos:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Accidentes de transito:** exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y descato a las señales informativas en la obra y en las vias, exceso de confianza en la conducción
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 Kg al hombro.	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra estando expuesto al riesgo.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Es de carácter obligatorio Cumplir la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.
11 Identificar y cumplir la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
12 No esta permitido dejar herramientas ubicadas en sitios en los cuales afecte el transito de compañeros o la comunidad ubíquela en el lugar correspondiente.
13 No olvide de revisar el estado de los elementos /equipos de proteccion personal a diario antes de iniciar sus actividades.
14 Reporte oportunamente accidente o indicentes de trabajo a su jefe inmediato.
15 Dar cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Se le notiica que una vez usted se retire o se termine el contrato de trabajo, tiene derecho a la realización del examen medico de egreso o retiro, el cual sera remitido por parte de su empleador, el costo del examen será gratuito y dispone de cinco días calendario para su realización.

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO



POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS
(Marque con una (X) los temas que fueron expuestos)

X	Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
X	POL-SST-001 Politica SGSST
X	POL- SST-002 Politica de prevención del consumo de sustancias psicoactivas alcohol y tabaco

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y las normas en seguridad y salud en el trabajo que establece la empresa a continuacion firmo la correspondiente notificacion de riesgos, politicas y reglamento de la empresa

FIRMA DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	**DIVULGADO Y APROBADO POR:**
 FIRMA	BETTY LUCIA FAJARDO LEON RESIDENTE SISOMA CONTRATISTA

ANEXO 4.

AFILIACIONES O PAGOS SGSS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125	**Cédula Usuario:**	CC 92557456
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S				
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA				
Departamento:	SUCRE		**Municipio:**	COROZAL	
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008255224		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3	12/02/2025	CC 1124863340	FAJARDO LEON ZULEIMA	5	6.960	**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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A86C68DFB5420BA9EE63051818EBD821 Certificado impreso el día 2/11/2025 2:00:15 PM por el portal de empresas Edesk

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZULEIMA TATIANA FAJARDO LEON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1124863340,** se encuentra afiliado/a desde **24/07/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ZULEIMA TATIANA FAJARDO LEON identificado(a) con CC 1124863340 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**30/06/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS SANTA MARIA DEL LAGO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes de enero del año 2025.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125	**Cédula Usuario:**	CC 92557456
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S				
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA				
Departamento:	SUCRE		**Municipio:**	COROZAL	
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008255224		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1	12/02/2025	CC 1024556381	TRILLERAS JUANIAS MERY	5	6.960	**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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A86C68DFB5420BA9EE63051818EBD821 Certificado impreso el día 2/11/2025 1:48:59 PM por el portal de empresas Edesk

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MERY LIZETH TRILLERAS JUANIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.556.381**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1024556381 MERY LIZETH TRILLERAS JUANIAS	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**0125 1224**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**116**
Fecha Afiliación:	**01/09/2018**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 11 de Febrero de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Nueva EPS S.A.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125	**Cédula Usuario:**	CC 92557456
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S				
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA				
Departamento:	SUCRE		**Municipio:**	COROZAL	
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008255224		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2	12/02/2025	CC 1013618450	CIFUENTES LEON JONATHAN	5	6.960	**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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A86C68DFB5420BA9EE63051818EBD821 Certificado impreso el día 2/11/2025 1:55:11 PM por el portal de empresas Edesk

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CIFUENTES LEON JONATHAN** identificado(a) con **CC** número **1.013.618.450** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de enero de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125	**Cédula Usuario:**	CC 92557456
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S				
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA				
Departamento:	SUCRE		**Municipio:**	COROZAL	
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008255224		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	4	12/02/2025	CC 1124849812	FAJARDO LEON BETTY	5	6.960	**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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A86C68DFB5420BA9EE63051818EBD821 Certificado impreso el día 2/11/2025 2:06:09 PM por el portal de empresas Edesk

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BETTY LUCIA FAJARDO LEON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1124849812,** se encuentra afiliado/a desde **27/05/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S		
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA		
Departamento:	SUCRE	**Municipio:**	COROZAL
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM		
Teléfono:	3008255224	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-377984	12/02/2025	CC 1082065896	DIEGO JOSE SANTERO BUELVAS	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: uayEMvclzYBl0d+NS0PkSg==

Certificado impreso el día 11/02/2025 12:24:54 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

DIEGO JOSE
SANTERO BUELVAS
CC - 1082065896

PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S
900659125

Este carné es personal e intransferible.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO JOSE SANTERO BUELVAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.065.896**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	10/02/2025

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
SANTERO	BUELVAS	DIEGO	JOSE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1082065896	Femenino [ ] Masculino [X]	03/31/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F [X] M — Condición T P	b5 1	rom

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
positiva	porvenir	1423500

18. Residencia			
calle 48L Sur #3c - 07		314 8588 159	dbvelvas902@gmail.com
Direccion	Telefono Ffjo	Telefono celular	Correo electrónico

BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	BOGOTA	CUNDINAMARCA
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

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 DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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 pensiones (a registrar por la EPS)
PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S	NIT	900659125	DEPENDIENTE

39. Ubicación				
CR 28 A 23 61 TOSCANA	3008255224	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	BOGOTA	CUNDINAMARCA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 0 0 2 2 0 2 5

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 intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

DIEGO DUEVAS SANTERO	CARMELO FABIAN MENDOVAL TOVAR
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [1] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES: AYUDANTE

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO
Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realizaba ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE
Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o Institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite
A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación
A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades o instituciones.

Se debe colocar una "X" en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
C. Institucional: La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por los Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X", según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.
- Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.
- Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
- Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante: Marque con una "X" la opción que corresponda:
- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN
Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:
- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:
- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 38 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una "X" en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una "X", en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)
Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	**Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.
RC	**Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con que se identifican los menores de siete (7) años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	**Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre siete (7) y dieciséis (17) años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir dieciocho (18) años de edad.
CE	**Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a tres (3) meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	**Pasaporte,** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de siete (7) años.
CD	**Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deben permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por la cedula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de Identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	ROM (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Población Desmovilizada
09	Víctimas del Conflicto Armado
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rrom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02,06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad (comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito)
- Zona: urbana o rural donde se ubique su residencia
- Departamento
- En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante. Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales. En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios
29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera (o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado. Incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscriba como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Los menores de dieciocho (18) años en custodia	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad Competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentre en el 4° de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

32. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.
La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
Estos datos aplican si:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pro-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento
En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como de partamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES
El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autoricen en este instructivo.
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad: Marque con una "X" la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
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
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES
Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual se debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o cabeza de familia.
- Registre los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o un afiliado adicional.
- Registrar en los espacios de numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de firmas.
- Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde conste las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de Identidad. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios. Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS. Esta novedad solo aplica para el régimen contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple con alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición de terminación de la relación laboral se debe registrar los datos del capítulo V y estar por el empleador.
La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS. Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.
Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de cabeza de familia deberá marcar la novedad 11: Movilidad.
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 12: Traslado si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.
Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una "X" la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad. Esta novedad se reporta:
A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.
Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.
La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifieste su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

CÓDIGO	MOTIVOS PARA EL TRASLADO
1	Por ejercicio de la libre elección
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicara el periodo de permanencia
Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante. Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado. Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:
- **Novedad 1:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación;

- **Novedad 2:** Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser corregidos:

- **Novedad 3:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

- **Novedad 13:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

- **Novedad 9:** Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;

- **Novedad 10:** Terminación de la relación laboral;

- **Novedad 11:** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

- **Novedad 12:** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

- **Novedad 15:** Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16. "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18. "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.
En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una "X" la casilla correspondiente a los documento(s) que se anexa(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial

67. Datos del Sisbén: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:
- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S		
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA		
Departamento:	SUCRE	**Municipio:**	COROZAL
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM		
Teléfono:	3008255224	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-378877	12/02/2025	CC 72336855	YEIRLIN CARRILLO GOMEZ	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: FOgYqyj920eQ0HqiiuW2Qw== Certificado impreso el día 11/02/2025 12:49:43 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

YEIRLIN
CARRILLO GOMEZ
CC - 72336855

PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S
900659125

Este carné es personal e intransferible.

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARRILLO GOMEZ YEIRLIN	Masculino	40 Años	CC (Tipo)	72336855 (Número)

Cargo **MAESTRO DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: CARRILLO GOMEZ YEIRLIN
CC 72336855

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEIRLIN CARRILLO GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72336855,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S		
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA		
Departamento:	SUCRE	**Municipio:**	COROZAL
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM		
Teléfono:	3008255224	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-379034	12/02/2025	CC 1030568788	CRISTIAN FABIAN USECHE RAMIREZ	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: gy/DGoPReTUzLNhS0tSRNQ== Certificado impreso el día 11/02/2025 12:52:53 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CRISTIAN FABIAN
USECHE RAMIREZ
CC - 1030568788

PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S
900659125

Este carné es personal e intransferible.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN FABIAN USECHE RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.568.788**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 18/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900659125
Nombre:	PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S		
Dirección:	CR 28 A 23 61 TOSCANA		
Departamento:	SUCRE	**Municipio:**	COROZAL
Correo electrónico:	PMYACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM		
Teléfono:	3008255224	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 92557456	CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-627447	19/02/2025	CC 19388837	JULIO ENRIQUE PASACHOVA CASTIBLANCO	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: xWn6+Rvzi2i6cocIgJMKzQ==

Certificado impreso el día 18/02/2025 9:38:14 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

JULIO ENRIQUE
PASACHOVA CASTIBLANCO
CC - 19388837

PM & A CONSTRUCCIONES S.A.S
900659125

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

EPS Sanitas

NIT. 800 251 440-8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	24022025

183531736

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 1

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
PASACHOA.	CASTIBLANCO	JULIO	ENRIQUE.

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	19.388.837.	Femenino Masculino X	18/07/1959

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Seguros Bolívar.	Colpensiones.	1.423.500.

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 3 # 65A-65A.	8860835.

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3112547140.	julioenrique.@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogotá	Urbana X Rural	Rosal	Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

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

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

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		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	31. Discapacidad 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 de la IPS (a registrar por la EPS)
C Centro Premier calle 80 pis-4.	
B	
B	
B	

KDRATA

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

Powered by CamScanner

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: PM y A Construcciones

36. Tipo documento de Identificación: NIT X TI CE CC PA CD

37. Número del documento de Identificación: 900659125.

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección: Cra 28 # 23 -61

Teléfono Fijo: 3008255224.

Correo Electrónico: Pmyaconstrucciones@gmail.com

Municipio / Distrito: Bogota

Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 13. Movilidad. [X] 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: CN TI CE CD RC CC PA SC
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino Masculino
Fecha de nacimiento
42. Fecha: 10/02/2025.

43. EPS anterior: Sanitas.

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.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad: 1 TOTAL 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 terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

Observaciones: RT 1 AÑO Asesor (Jon Luis Campo V).

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

Documento de identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: Avante Gestion Empresarial NIT 901030032

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Julio Enrique Paradoa Castiblanco

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI NO
¿Leyo el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI X NO

Julio Paradoa

Firma del Afiliado

Documento de identidad 19.388.837

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

Powered by CamScanner

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Julio Enrique Posada Rivera Castiblanco, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Julio Posada Rivera

Nombre: Julio Enrique Posada Rivera Castiblanco.

Identificación: 19.388.837.

Fecha: 24-02-2025.

Powered by CamScanner

SIMPLE S.A.®
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte	**Jueves 09 de Enero del 2025**	**Tipo Planilla**	**E**	**Número Planilla**	**1069043619**
		Periodo Cotización	**202412**	**Periodo Servicio**	**202501**

Pagada 2025-01-09 14:29:33

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OBRA CIVIL Y HUMANO SAS				
Documento	901372824-6	**Dirección**	CALLE 161 # 8D-52		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4619111		
Tipo Persona	JURIDICA	**Forma Representación**	UNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTÁ D.C	**Departamento**	BOGOTÁ D.C		
Representante Legal	JONATAN VALDERRAMA BELTRAN	**Identificación**	CC 1013641759		

IMPORTANTE Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 P.M. este se hará efectivo el día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80143296		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					PAEZ HERNANDEZ DIDIER ARLEY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Salud												Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X																30	30	30	30			$ 1.300.000	231001		16	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS008		6	$ 1.300.000	$ 78.000	$ 0	14-23	5	6.96	$ 1.300.000	$ 90.500	CCF24	4	$ 1.300.000	$ 52.000	0%	$ 0	0%	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR	POSITIVA	COMPENSAR	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 78.000	$ 90.500	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.500

ANEXO 5.

COPASST - VIGIA SST

ACTA DE CONSTITUCIÓN COPASST
PM&A CONSTRUCCIONES S.AS

NIT 900659125-6

FECHA

DIA 14 MES 02 AÑO 2025

Concepto: CONSTITUCIÓN COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

I. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S

NIT o C.C. 900659125-6

CÓDIGO ACTIVIDAD

54211001

DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL

No. TELÉFONO 3006644230

CORREO ELECTRÓNICO pmyaconstrucciones@gmail.com

NUMERO DE CENTROS REPRESENTADOS: 1

DEPARTAMENTO Bogotá

MUNICIPIO Bogotá DC

En las instalaciones de la empresa, a los 14 días del mes de febrero del año 2025 , se reunió el representante legal y sus trabajadores para Conformar un nuevo Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo **(COPASST),** debido a la conformación e inicio del Contrato **CTO 1217-2024**

Área/Sección	Trabajadores		Hombres	Mujeres
	De planta	Contratistas		
Administración	4	1	5	4
Operativo	4			
Otros (Asesores)				
Total	8			

A.R.L. A LA QUE ESTÁ AFILIADA:

POSITIVA

Teniendo en cuenta el artículo 4 de la Resolución 2013 de 1986 la empresa podrá conformar varios Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial, uno por cada establecimiento, quedando conformado de la siguiente manera:

CONFORMACION COPASST	
PM&A CONSTRUCCIONES S.A. S	1 REPRESENTANTE ELEGIDO POR EL EMPLEADOR CON SU RESPECTIVO SUPLENTE.
	1 REPRESENTANTE ELEGIDO POR LOS TRABAJADORES CON SU RESPECTIVO SUPLENTE.

Dando cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986 y al Decreto 1295 de 1994 en su artículo 63 y a las exigencias de la división de Seguridad y Salud del Ministerio de Trabajo, así como lo dispuesto en el SG-SST. El período de los miembros del comité es de dos (2) años y el Empleador está obligado a proporcionar por lo menos cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo de cada uno de sus miembros para el funcionamiento del Comité.

II. REPRESENTANTES AL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

POR LA EMPRESA
PRINCIPALES

NOMBRE CRISTIAN FABIAN USECHE
C.C 103056788

POR LOS TRABAJADORES
PRINCIPALES

NOMBRE MERY LIZATH TRILLERAS
C.C 1024556381

SUPLENTES
NOMBRE DIEGO JOSE SANTERO
C.C 1082065896

SUPLENTES
NOMBRE ZULEIMATATIANA FAJARDO
C.C 1124863340

FECHA DE CONSTITUCIÓN

DIA 14 MES 02 AÑO 2025

Estos últimos nombrados por votación en Asamblea General de Trabajadores.

III. CIERRE ACTA DE CONFORMACIÓN

Integrado el comité se procedió de acuerdo a la Resolución 2013 de 1986 a nombrar el Presidente y secretario del mismo, con el objeto de mantener la coordinación y funcionamiento del Comité.

Mery lizeth trilleras
Presidente(a) COPASST

Cristian Useche
secretario(a) COPASST

Carmelo Mendivil Tovar
Representante Legal

ANEXO 6.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SST	

CONTRATO DE OBRA - CTO 1217-2024

| AÑO | | 2025 | | |

MEDICINA DEL TRABAJO																																	
EVALUACIONES MEDICAS	Examen médico de ingreso (A demanda)	P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		20	0%	CENTRO MEDICO
		E																								0		
	Examen médico periódico (A demanda)	P																								0	0%	CENTRO MEDICO
		E																								0		
	Examen médico de egreso (A demanda)	P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		20	0%	CENTRO MEDICO
		E																								0		
SEGURIDAD INDUSTRIAL																																	
Actualización Matriz identificación y valoración de riesgos		P																								1	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Socialización de procedimientos en SST (Procesos de Inducción)		P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		20	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Capacitacion	Uso, cuidado y reposición de EPP´s	P																								0	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
	Manejo seguro de herramientas manuales	P																								0	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Reporte e Investigación y elaboracion de informe de incidentes y Accidentes de trabajo (cuando se requiera)		P																								0	0%	COPASST, RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
HIGIENE INDUSTRIAL																																	
Capacit.	Charla sobre higiene postural y levantamiento de cargas	P																								0	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
	Capacitación de Ruido, Protección Auditiva y cuidados.	P																								0	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
PLAN DE EMERGENCIAS																																	
Divulgacion del plan de emergencias y Contingencias (En la Inducción)		P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					20	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Conformación Brigada de emergencias Frentes de obra		P																								1	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
INSPECCIONES																																	
Inspección de Extintores		P			1							1									1					3	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Inspección de Camilla		P			1							1									1					3	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Inspección de Botiquines		P			1							1									1					3	0%	RESIDENTE SSTMA
		E																								0		
Inspección de elementos de proteccion personal		P			1																1					2	50%	RESIDENTE SSTMA
		E			1																					1		
PROGRAMADAS		P																									0%	RESIDENTE SSTMA
EJECUTAS		E																										
REPROGRAMADAS		R																								0		
ADICIONALES		A																								0		

FIRMA		FIRMA Carmelo Mendivil Tovar	FECHA DE APROBACION
BETTY LUCIA FAJARDO LEON		**CARMELO FABIAN MENDIVIL TOVAR -REPRESENTANTE LEGAL**	**2/6/2025**
ELABORO		**APROBO**	

ANEXO 7.

CAPACITACIONES

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S	INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO, CHARLA INFORMATIVA, OTRO	Version: 1 23/06/2025

CONTRATO :	**CTO-1217-2024**
OBJETO:	**CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME**

TEMA:	**COMPONENTE SGSST: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Política empresarial de SST, Política de prevención de consumo de tabaquismo, drogas y alcoholismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Funcionamiento del Comité Paritario de SST, Funcionamiento del comité de convivencia laboral, Plan de emergencia, socialización de las rutas de evacuación y el punto de encuento, Uso obligatorio y adecuado de EPP, Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea, Medicina preventiva. MEDEVAC. Prohibición del uso de joyas o anillos durante la jornada de trabajo, prohibición del prestamo de prenda y calzado entre trabajadores. Autocuidado. Habitos de vida saludable. Importancia de la realización de las pausas activas en el desarrollo de la tarea, socialización recomendaciones examenes medicos ocupacionales. Normas generales de SST en obra . COMPONENTE AMBIENTAL: INDUCCIÓN GENERAL AL MANEJO AMBIENTAL DE OBRA**				
FECHA	**10/02/2025**	**HORA DE INICIO**	**7:00 a. m.**	**HORA DE FINALIZACION**	**8:00 a. m.**
LUGAR	**FRENTE DE OBRA VEREDA CURIBITAL**	**NOMBRE DEL EXPOSITOR**	**BETTY LUCIA FAJARDO LEON**		

TIPO							
INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN		ENTRENAMIENTO		CHARLA INFORMATIVA		Otro	

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	TATIANA FAJARDO	1.124.863.340	RESIDENTE DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
2	MERY LIZETH TRIJERAS JUANIAS	1.024.556.381	PROFESIONAL ADMINISTRIVO	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
3	JONATHAN CIFUENTES LEON	1.013.618.450	RESIDENTE SOCIAL I	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
4	DIEGO JOSE SANTERO	1.082.065.896	AYUDANTE DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	Diego Santero
5	YEILIN CARRILLO GOMEZ	72.336.855	AYUDANTE DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	Yeilin Carrillo G.
6	CRISTIAN FABIAN USECHE RAMIREZ	1.030.568.788	INSPECTOR DE OBRA	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	Cristian Useche
7	JULIO ENRRIQUE PASACHOA	19.388.837	TOPOGRAFO	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
8	DIDIER ARLEY PAEZ HERNANDEZ	80.143.293	OPERADOR	PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RELACIONAR LOS DATOS DEL ENCARGADO DE LA INDUCCION , CAPACITACION , ENTRENAMIENTO , CHARLA INFORMATIVA y/u otro	
NOMBRE	**BETTY LUCIA FAJARDO LEON**
FIRMA	

ANEXO 8.

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARRILLO GOMEZ YEIRLIN	Masculino	40 Años	CC (Tipo)	72336855 (Número)

Cargo **MAESTRO DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: CARRILLO GOMEZ YEIRLIN
CC 72336855

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CIFUENTES LEON JONATHAN	Masculino	34 Años	CC	1013618450
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo **RESIDENTE SOCIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	USO DE CORRECCION VISUAL

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: CIFUENTES LEON JONATHAN
CC 1013618450

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FAJARDO LEON BETTY LUCIA	Femeníno	38 Años	CC (Tipo)	1124849812 (Número)

Cargo **RESIDENTE SISOMA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: FAJARDO LEON BETTY LUCIA
CC 1124849812

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FAJARDO LEON ZULEIMA TATIANA	Femeníno	28 Años	CC (Tipo)	1124863340 (Número)

Cargo **INGENIERA RESIDENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTA CON RECOMENDACIONES

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	USO DE CORRECCION VISUAL

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: FAJARDO LEON ZULEIMA TATIANA
CC 1124863340

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PASACHOVA CASTIBLANCO JULIO ENRIQUE	Masculino	65 Años	CC (Tipo)	19388837 (Número)

Cargo **TOPOGRAFO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: PASACHOVA CASTIBLANCO JULIO ENRIQUE
CC 19388837

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

SANTERO BUELVAS DIEGO JOSE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	Masculino	29 Años	CC	1082055896
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo **OFICIOS VARIOS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Diegosantero
Nombre: SANTERO BUELVAS DIEGO JOSE
CC 1082055896

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TRILLERAS JUANIAS MERY LIZETH	Femeníno	30 Años	CC (Tipo)	1024556381 (Número)

Cargo **RESIDENTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	USO DE CORRECCION VISUAL

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: TRILLERAS JUANIAS MERY LIZETH
CC 1024556381

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PM & A CONSTRUCCIONES SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
USECHE RAMIREZ CRISTIAN FABIAN	Masculino	35 Años	CC (Tipo)	1030568788 (Número)

Cargo **TECNICO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Cristian Useche
Nombre: USECHE RAMIREZ CRISTIAN FABIAN
CC 1030568788

ANEXO 9.

INSPECCIONES

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S	**VERIFICACIÓN Y OPERACIÓN DIARIA DE MAQUINARIA, EQUIPO Y/O VEHICULOS**	VERSION: 1 FECHA DE VIGENCIA: 23/06/2025

CONTRATO DE OBRA N°	CTO-1217-2024
OBJETO	CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS A MONTO AGOTABLE, LA CONSERVACIÓN, Y LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACION Y MEJORAMIENTO DE LOS ACUEDUCTOS VEREDALES EN LA LOCALIDAD DE USME

AÑO	2025	**MES**	
N° INTERNO		**TIPO**	
		REFERENCIA	

CONDICIONES GENERALES		**LUNES**			**MARTES**			**MIÉRCOLES**			**JUEVES**			**VIERNES**			**SÁBADO**			**DOMINGO**		
		Día: D / M / AA			Día: D / M / AA			Día: D / M / AA			Día: D / M / AA			Día: D / M / AA			Día: D / M / AA			Día: D / M / AA		
		B	M	N.A	B	M	N.A	B	M	N.A	B	M	N.A	B	M	N.A	B	M	N.A	B	M	N.A
Horometro Inicial																						
Horometro Final																						
Estado fisico																						
Elementos de Protección Personal																						
SEGURIDAD	N°. Interno																					
	Extintor																					
	Frenos																					
	Freno de seguridad																					
	Nivel liquido frenos																					
	Dirección																					
	Nivel hidráulico																					
	llantas																					
	Orugas																					
	Linea reflectiva																					
	Pito de reversa																					
	Espejos																					
	Cinturon de seguridad																					
	Mandos operacion																					
	Otro																					
SISTEMA ELECTRICO	Sistema de luces																					
	Banderola																					
	Baliza																					
	Bateria (niveles)																					
	Encendido																					
	Otro																					
OTROS	Estructura general																					
	Sistema de anclaje																					
	Embragues																					
	Estructura de la torre																					
	Cables y poleas																					
	Estructura de soporte																					
	Sistema de tracción																					
	Sis. Acondicionamiento																					
	Sis. Hidráulico																					
	Compuertas																					
	Carpas																					
	Sis. de escape																					
	Mandos operaciones																					
	Otro																					

NOTAS	
	N° INTERNO IDENTIFICACIÓN EXTERIOR EMPLEADA POR LA MAQUINARIA EQUIPO Y/O VEHICULOS VINCULADOS AL PROYECTO
	REFERENCIA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CAPACIDAD O ESPECIALIZACIONES DADOS POR LA MARCA O FABRICANTE DE LA MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHICULOS
	TIPO: CONJUNTO DE CARACTERISTICAS QUE DEFINEN LA CARROCERIA O EL TRABAJO QUE DESARROLLA UNA MAQUINA. EQUIPO O VEHICULO

(firma)

OPERADOR O CONDUCTOR

(firma)

P

PM&ACONSTRUCCIONES S.AS	INSPECCION DE BOTIQUIN y CAMILLA RIGIDA PARA PRIMEROS AUXILIOS	CODIGO: SST-5
		VERSIÓN 1
		6/23/2025

CONTRATO:	CTO-1217-2024
FECHA DE LA INSPECCIÓN:	12-Feb-25
UBICACIÓN:	FRENTE DE OBRA CURIBITAL

BOTIQUIN

Elementos	cantidad	Presente	No presente	Fecha de vencimiento	Observaciones
Agua destilada o solución	1			11/20/2025	
Agua oxigenada	1			9/10/2025	
Alcohol etilico	1				
Algodón	1				
Aplicadores	6				
Toallas higienicas	1				
bajalenguas	12				
Curas	12				
Gasa esteril	4				
Micropore	2				
Vendas	4				
Esparadrapo	1				
Tijeras	1				
Bolsa plastica	1				
Guantes de cirugia	6				
Tapabocas	1				
Manual de primeros auxilios	1				
Otros					

CAMILLA RIGIDA PARA PRIMEROS AUXILIOS

CORREAS DE SUJECCION	SEÑALIZACION	OBSERVACIONES
X	X	

INSPECCIONADO POR

NOMBRE	BETTY LUCIA FAJARDO LEON
CARGO	RESIDENTE SISOMA
FIRMA	

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	INSPECCIÓN USO Y ESTADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ASPECTO COMPORTAMENTAL	Versión 1 6/23/2025

OBRA _____ **INSPECCIONADO POR:** _____

LUGAR _____ **FECHA:** _____

FAVOR MARCAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE EL TRABAJADOR ESTA UTILIZANDO, VERIFICANDO SU USO (SI O NO) Y ESTADO (CUMPLE: C; NO CUMPLE: NC).
ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LA MATRIZ DE EPP DE ACUERDO AL CARGO.
MARCAR CON UNA "X" SEGUN CORRESPONDA EL ASPECTO COMPORTAMENTAL POR TRABAJADOR

No.	NOMBRE	CARGO	DESCRIPCIÓN	CABEZA	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN RESPIRATORIA			GUANTES			BOTAS		CUERPO				ASPECTO COMPORTAMENTAL			
				CASCO DE SEGURIDAD	GAFAS SEGURIDAD	CARETA SOLDADOR	INSERCIÓN	TIPO COPA	TAPABOCAS	RESPIRADOR CON FILTROS	CARETA CON FILTROS	VAQUETA	CARNAZA	CAUCHO	CAUCHO	CUERO	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	UNIFORME DOTACIÓN	PETO	DESARROLLA SU TRABAJO DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD		APLICA LO VISTO CHARLAS Y CAPACITACIONES	
																					SI	NO	SI	NO
1			USO																					
			ESTADO																					
2			USO																					
			ESTADO																					
3			USO																					
			ESTADO																					
4			USO																					
			ESTADO																					
5			USO																					
			ESTADO																					
6			USO																					
			ESTADO																					
7			USO																					
			ESTADO																					
8			USO																					
			ESTADO																					
9			USO																					
			ESTADO																					
10			USO																					
			ESTADO																					

ACCIÓN A SEGUIR Con base en el listado de inspeccion realizado relacione a continuacion el numero de la casilla del trabajador que requiere algun tipo de corrección.		FECHA			EJECUTADO			SEGUIMIENTO
		D	M	A	SI	NO		

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	VERSION 1
		FECHA DE VIGENCIA : 23/06/2025

Fecha:		Responsable del área:	

IDENTIFICACIÓN DEL EXTINTOR					ESTADO DE LAS PARTES DEL EXTINTOR							Observaciones/ Fecha de vencimiento/ Tipo de vehículo
Ubicación del extintor	Zona especifica/placa	No	Capacidad	Tipo / agente extintor	Sujetador y Pasador de seguridad	Manómetro	Manguera y boquillas	Uniones, soldaduras	Señalización, demarcación	Cilindro	Etiqueta	
Marque con B= Bueno y con M = Malo, según corresponda												
Campamento												
Vehículos												
Oficinas												

COMENTARIOS			
INSPECCION REALIZADA POR:			
	Nombre:	CARGO	Firma

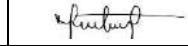
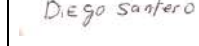
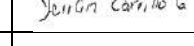
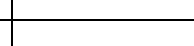
ANEXO 10.

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE EPP

PM&A CONSTRUCCIONES S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL y DOTACIÓN	VERSIÓN: 01
		FECHA DE VIGENCIA: 23/06/2025

OBRA:	CTO 1217 2024	MES	05 FEBRERO	AÑO	2025

Los EPP son entregados a personal: Directo _____ contratista _____ Otro _____ ¿Quién? _____

MOTIVO DE ENTREGA	FECHA ENTREGA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	No. CEDULA	CONTROL ENTREGA																			Firma (*)
				GUANTES					GENERALES									OTROS					
				Soldadura	Carnaza	Hilaza	Plástico	Vaqueta	Overol	Botas de seguridad	Botas de caucho	Monogafas	Casco de seguridad	Respirador	Tapaoidos de Inserción	Tapaoidos de copa	Impermeable	Careta de esmeril	barbuquejo	Chaleco reflectivo		
A	6-02-2025	MERY LIZETH TRILLERAS	1021556381						X	X			X										
A	6-02-2025	DIEGO JOSE SANTERO BUELLAS	1082065896		X				X		X		X										
A	6-02-2025	YEIRLIN CARRILLO GOMEZ	72336855		X				X		X		X										
A	6-02-2025	CRISTIAN FABIAN USECHE	1030568788		X				X		X		X										
A	6-02-2025	JULIO ENRRIQUE PASACHOA	19388837		X				X		X		X										
A	6-02-2025	DIDIER ARLEY PAEZ	80143293		X				X		X		X										

Motivo Entrega: A: Por primera vez, B: Por reposición o deterioro, **C**: Por robo o perdida, **D**: Otras Causas / **Marque con una (x) los elementos entregados**

COMPROMISOS AL FIRMAR (*)

Al firmar la entrega de los elementos de protección personal y dotación, me comprometo a cumplir las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo, a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal que me han sido asignados, a informarle a mis jefes inmediatos o al personal de seguridad y salud en el trabajo la reposición. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo. Considero que estoy capacitado (a), para cumplir mi labor como me fue asignada de una manera segura. Manifiesto que asumo las sanciones que disponga elempresa si no uso los EPP que me fueron entregados.

ANEXO 11.

ACCIDENTABILIDAD

PM&ACONSTRUCCIONES S.A.S	LECCIÓN APRENDIDA	
		VERSIÓN: 01
		FECHA DE VIGENCIA: 23/06/2025

FECHA	PROYECTO	FRENTE DE TRABAJO
28-02-2025	Contrato de obra 1217-2024	No se han presentado accidentes de trabajo en ningún frente de obra.

EVENTO	
REGISTRO FOTOGRAFICO	DESCRIPCIÓN

LECCIÓN APRENDIDA	
DESCRIPCIÓN	REGISTRO FOTOGRAFICO

RECUERDE: APLICAR LO QUE HOY APRENDIO PARA PREVENIR PRÓXIMOS ACCIDENTES

_____ _____

RESIDENTE SST- MA **TRABAJADOR QUE SUFRE AT**

ANEXO 12.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

PMA&ACONSTRUCCIONES S.AS. CONTRATO 1217 de 2024	REGISTRO FOTOGRÁFICO COMPONENTES SST		
		VERSION:	1
		FECHA DE APROBACIÓN	

PERIODO 01:
29 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO DEL 2025

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Localidad de usme













CERRAMIENTOS PERIMETRALES DEL FRENTE DE INTERVENCIÓN

ELABORÓ	
NOMBRE	BETTY LUCIA FAJARDO LEON
CARGO	RESIDENTE SSTMA CONTRATISTA