"CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD".

CONTRATO IDRD N° SG-4060



INFORME STT No 5
VERSIÓN 1
CONTRATO BELZCON I1-BOGOTÁ,
MOARZO DE 2025

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2025.05.09 17:08:11 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

CONTROL DE APROBACIONES

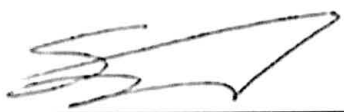
Elaborado Por:	Revisado Por:
	
William Eduardo Segura Garcia	Luis Enrique Guzmán
Profesional en Seguridad Y Salud en el trabajo.	Director de Obra

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

CONTRATO IDRD N° SG-4060 1

1. INTRODUCCIÓN 4
2. ALCANCE 4
3. OBJETIVOS DEL INFORME SST 5
   - 3.1. Objetivo General 5
   - 3.2. Objetivos Específicos 5
4. GENERALIDADES DEL PROYECTO 5
5. INFORMACIÓN DEL PROYECTO 10
6. UBICACIÓN DEL PROYECTO 12

12

7. ACTIVIDADES MENSUALES DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST 12

PERSONAL AUTORIZADO: 14

PERSONAL DE INGRESO MES DE MARZO : 15

Para el periodo evaluado se presentan 21 exámenes de ingreso con sus respectivas restricciones medicas ocupacionales, firmadas y notificadas a los trabajadores. 19

INDUCCIONES: 19
CAPACITACIONES 19
COMITÉS 20
ACCIDENTALIDAD 20
INDICADORES 20
INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD: 20
PARQUES EN INTERVENCIÓN: 22
DOCUMENTACIÓN DE MAQUINARIA: 23
CONCLUSIONES 24

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Parques Priorizados 6
Tabla 2. Información del Contrato 7
Tabla 3. Personal Profesional 10
Tabla 4. Personal Autorizado 15

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento de gestión, describe las actividades desarrolladas por parte del componente SST, en cumplimiento de lo establecido en el pliego de condiciones, anexo técnico y reglamento nacional frente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG- SST), en cumplimiento del contrato No. 4060 de 2022, cuyo objeto es CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE EL MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PARQUES DE LA RED DE PROXIMIDAD QUE INTEGRAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES.

El presente Informe presenta el desarrollo de las principales actividades ejecutadas por Belzcon S.A.S. apoyados en el anexo técnico. Su objetivo principal consiste reportar el cumplimiento de lo propuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), encaminado a prevenir, controlar y/o mitigar los impactos que se pudiesen generar por las obras de manera oportuna y eficiente.

Desde esta perspectiva, el presente informe reporta la implementación del sistema para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de MARZO de 2025.

2. ALCANCE

El presente informe consolida las acciones ejecutadas desde el componente SST para garantizar el cumplimiento en lo programado desde esta área en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

En este periodo de evaluación del proyecto se han realizado actividades de ejecución de la parte técnica, generando un aumento en la exposición a los riesgos inherentes al proyecto y a los trabajadores.

3. OBJETIVOS DEL INFORME SST

3.1. Objetivo General

Describir las actividades realizadas por el CONSROCIO BELZCON I1., encaminadas al cumplimiento de las obligaciones de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para el desarrollo del contrato de obra SG-4060, según las disposiciones legales vigentes, de acuerdo con los criterios de calidad, oportunidad y veracidad, así como la presentación de los resultados de la ejecución, para el mes comprendido entre el 01 y el 28 de MARZO de 2025.

3.2. Objetivos Específicos

Presentar el avance en el desarrollo de las actividades SST por parte de CONSORCIO BELZCON I1., dando cumplimiento a lo estipulado en el Sistema de Gestión de la seguridad y Salud en el Trabajo (SG- SST).

Evidenciar los procesos de ejecución y seguimiento adelantados desde el contratista, en cumplimiento de cada uno de los programas establecidos por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDRD para la ejecución de obras de infraestructura urbana.

4. GENERALIDADES DEL PROYECTO

El contrato 4060 del 2024 se firmó entre el Consorcio Belzcon I1. y el Instituto de Recreación y Deporte IDRD, con acta de inicio del 20 de noviembre de 2024, este proyecto pretende beneficiar a los habitantes de tres del distrito capital.

Pretende atender de manera oportuna las labores de mantenimiento, adecuación, mejoramiento integral, recuperación de la infraestructura física, el suministro, desmonte e instalación de las piezas, y/o partes del mobiliario urbano, módulos de juegos infantiles y estructuras deportivas, de los parques de la Red de Proximidad del Sistema Distrital de Parques del IDRD a monto agotable.

Para la fecha de presentación de este informe se tiene un listado de 61 parques distribuidos en las tres localidades de intervención; para este periodo se encuentran los siguientes parques en ejecución:

ITEM	NOMBRE DEL PARQUE
1	PARQUE NACIONAL
2	SAUZALITO
3	GILMA JIMENEZ
4	PIJAOS
5	PALERMO SUR
6	URBANIZACIÓN CALLE 170 / ALAMEDA
7	SERVITA
8	DESARROLLO VERBENAL I
9	URBANIZACIÓN TOBERIN
10	NUEVA URBANIZACIÓN EL CEDRITO
11	PARQUE DE LOS NIÑOS
12	PRD EL SALITRE
13	COUNTRY
14	CEFE SAN CRISTOBAL
15	UNIDAD DEPORTIVA SALITRE UDS
16	PALACIO DE LOS DEPORTES
17	PARQUE LOS NOVIOS
18	MANTENIMIENTO ECOMUROS
19	SIMON BOLIVAR
20	RECREO
21	JAZMIN
22	PTAR SALITRE
23	VALLES DE CAFAM
24	RENACIMIENTO
25	INDEPENDENCIA
26	PORVENIR

27	TIMIZA
28	PALESTINA
29	MIRAVALLE F8
30	LOMBARDIA
31	VILLA DE LOS SAUCES
32	SANTA ISABEL
33	GAVILANES
34	GORGONZOLA
35	FLORENCIA
36	PRADERA SUR
37	PEPITA
38	TRONQUITOS
39	AMERICAS OCCIDENTAL
40	ATALAYAS
41	LUCES VILLARICA
42	MARRUECOS
43	BELLAVISTA DINDALITO-CANCHA
44	CHICALA
45	TIBABUYES
46	BURGOS BRITALIA
47	HAYUELOS F5
48	HAYUELOS
49	ALFONSO LOPEZ
50	EUROPA
51	SANTA CLARA
52	SAN JOSE
53	GILMA 2 F5

54	GILMA F8
55	GILMA F11
56	TEJAR
57	MOLINOS
58	PRADO PINZÓN
59	EJIDOS F11
60	CARMELO FÚTBOL 11
61	SANTA CLARA
62	DESARROLLO VERBENAL I
63	DESARROLLO VERBENAL II
64	URB CALLE 170
65	TERCER MILENIO
66	PLAZA DE TOROS
67	LA ANDREA
68	MIRA VALLE, CORTIJO, SAN JUAN BAUTISTA Y SAN LUIS
69	NUEVO USME
70	NUEVO MILENIO
71	NUEVO MUZU
72	NARANJOS
73	GRAN COLOMBIANO
74	PARQUE RÍO
75	ESPERANZA
76	TIBANICA
77	CHICALA
78	ATALAYA
79	PATIO BONITO
80	BELLA VISTA

81	VILLA DE LOS SAUCES
82	CASTILLA
83	TIMIZA
84	CAYETANO CAÑIZARES
85	TECHO
86	LAS LUCES Y VILLA RICA
87	VILLEMAR
88	ATAHUALPA
89	FLORENCIA
90	EUROPA
91	EL CARMELO
92	SAN ANDRES
93	FLORENCIA II
94	PETAR SALITRE
95	JUAN AMARILLO
96	LOMBARDIA
97	PRADO PINZON
98	EL INDIO DE LAS COMETAS
99	FONTANAR D EL RIO
100	ALCAZARES
101	MOVISTAR ARENA
102	LA PEPITA
103	SANTA ISABEL
104	LA FRAGUA
105	BOCHICA
106	MILENTA TEJAR SAN EUSEBIO
107	CIUDAD MONTES

108	EL JAZMIN
109	LOS EJIDIOS
110	BOSQUE DE SAN CARLOS
111	PALERMO SUR
112	LOS MOLINOS
113	QUIROGA
114	SAN JOSE
115	CANDELARIA LA NUEVA
116	ILLIMANI PARAISO

Tabla 1. Parques Autorizados

5. INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG- SST) se menciona la identificación del proyecto y las actividades a desarrollar en el marco de gestión social que buscan fortalecer el sentido de pertenencia y el reconocimiento de los actores que ejecutarán el proyecto.

Tabla 2. Información del Contrato

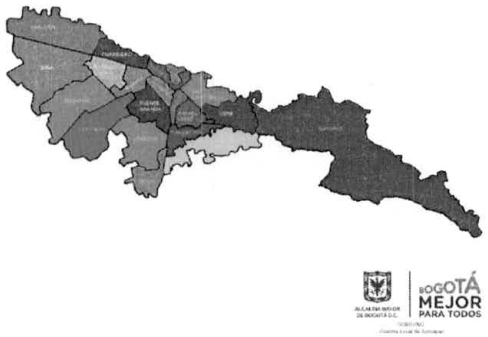
	CONTRATANTE **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE**
Supervisión Técnica:	ANGÉLICA MARÍA ROMERO HERNANDEZ

	INTERVENTORÍA **Contrato IDRD-SG-4080-2024**
Interventoría:	CONSORCIO SANTA TERESA 028
Director de Interventoría:	RAÚL ORLANDO DELGADO CABIATIVA

Objeto:	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LOS PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD.
Duración del contrato:	OCHO (8) MESES
Fecha de inicio del proyecto:	20 DE NOVIEMBRE 2024
Fecha de Terminación:	19 DE JULIO 2025

CONTRATISTA **Contrato IDRD SG – 4060 - 2024**	
Contratista:	CONSORCIO BELZCON I1.
Director de Obra:	LUIS ENRIQUE GUZMAN
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA
Objeto:	CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE EL MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PARQUES DE LA RED DE PROXIMIDAD QUE INTEGRAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES
Duración del contrato:	OCHO (8) MESES
Fecha de inicio del proyecto:	20 DE NOVIEMBRE 2024
Fecha de Terminación:	19 DE JULIO 2025

6. UBICACIÓN DEL PROYECTO



De conformidad con la priorización entregada por parte del Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD, a continuación, se presenta el listado de parques objeto de intervención; remitirse al numeral **4. GENERALIDADES DEL PROYECTO**, **TABLA 1 PARQUES AUTORIZADOS.**

El contrato 4060 - 2024 se firmó entre el Consorcio Belzcon I1 y el Instituto de Recreación y Deporte IDRD, con acta de inicio del 20 de noviembre de 2024 y pretende beneficiar a los habitantes de las localidades del distrito capital.

Pretende atender de manera oportuna las labores de mantenimiento, adecuación, mejoramiento integral, recuperación de la infraestructura física, el suministro, desmonte e instalación de las piezas, y/o partes del mobiliario urbano, módulos de juegos infantiles y estructuras deportivas, de los parques de la Red de Proximidad del Sistema Distrital de Parques del IDRD a monto agotable.

7. ACTIVIDADES MENSUALES DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST

PERSONAL PROFESIONAL: A continuación, se relacionan los cargos establecidos para la contratación y su tiempo de dedicación o porcentaje en el proyecto.

Tabla 3. Personal Profesional

Cargo	1	2	3	4	5	6	7	8
Director de obra	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Residentes de obra	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Inspectores de obra	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Profesional de seguridad industrial	57,86%	57,86%	57,86%	57,86%	57,86%	57,86%	57,86%	57,86%
Profesional ambiental	44,51%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Profesional en sistema de Calidad	26,71%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
Ingeniero estructural	26,71%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
Ingeniero electricista o eléctrico	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%
Ingeniero de transito	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Ingeniero hidraulico y gas	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%	35,61%
Profesional social	26,71%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
Profesional de presupuesto y programación de obra	44,51%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Profesional Forestal	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Topógrafo	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Cadenero 1	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Cadenero 2	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Secretaria	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Contador	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
Abogado	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%

PERSONAL AUTORIZADO:

Para el periodo evaluado de este informe se se cuentan con 20 personas contratadas de la parte administrativa requerida en los pliegos, ya que se encuentran en proceso de envío para aprobación.

ITEM	NOMBRE	CARGO	ESTADO	AFILIADOS (SI/NO)
1	LUIS ENRIQUE GUZMAN CONDIA	DIRECTOR DE OBRA	ACTIVO	SI
2	GUSTAVO VARGAS FIGUEREDO	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
3	JHON CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
4	JHON LIAN CUELLAR SALAMANCA	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
5	ADRIANA PACHON FAJARDO	RESIDENTE AMBIENTAL	ACTIVO	SI
6	VIVIANA PAULINA MANCIPE GARCIA	RESIDENTE SOCIAL	ACTIVO	SI
7	ERVIN ARTUTO RODRIGUEZ DUARTE	CADMARZO 1	ACTIVO	SI
8	RODRIGO MOSQUERA GARZON	CADMARZO 2	ACTIVO	SI
9	RODRIGO MOSQUERA IBAÑEZ	TOPOGRAFO	ACTIVO	SI
10	GINA PAOLA CIPRIAN CASALLAS	INSP. DE OBRA	ACTIVO	SI
11	CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ	INSP. DE OBRA	ACTIVO	SI
12	OSCAR DARIO CARDENAS LOZANO	PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS	ACTIVO	SI
13	JOSE DAVID PATIÑO GARZON	INSPECTOR DE OBRA	ACTIVO	SI
14	ASDRID MARICELA TOLOZA CUBAQUE	RESIDENTE FORESTAL	ACTIVO	SI
15	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA	RESIDENTE SST	ACTIVO	SI
16	JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ C	ESPECIALISTA DE TRANSITO	ACTIVO	SI
17	CLAUDIA PEDRAZA	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
18	SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL	PROFESIONAL DE CALIDAD	ACTIVO	SI

19	MARIANA BOLÍVAR ARENAS	ESPECIALISTA CONTABLE	ACTIVO	SI
20	ANDRES FELIPE JIMNENEZ VILLAMIL	RESIDENTE ELECTRICO	ACTIVO	SI

PERSONAL DE INGRESO MES DE MARZO:

Para el periodo comprendido entre 1 y el 31 de MARZO de 2025, se presentan un total de 22 personas de la parte operativa y administrativa. **VER ANEXO 1. LISTADO SOCIODEMOGRAFICO**

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO
1	ARIN	DAVID CORTES REYES	79.728.460	AYUDANTE	13/03/2025	INGRESO
2	ARIN	CAMPO ELIAS VARGAS GIL	7.210.085	OFICIAL	13/03/2025	INGRESO
3	BALERCO	EDGAR ESPITIA ROJAS	1.018.462.151	AYUDANTE	10/3/2025	INGRESO
4	BALERCO	LUIS MERCADO RUA	15.903.052	AYUDANTE	10/3/2025	INGRESO
5	BALERCO	JEISON JACOB ANGEL MENDEZ	1.083.917.804	AYUDANTE	10/3/2025	INGRESO
6	BALERCO	JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA	1.032.419.520	RESIDENTE	10/3/2025	INGRESO
7	CONSORCIO BELZCON	CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS	1.026.251.328	CONDUCTOR	12/3/2025	INGRESO
8	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS	ANDRES DAVID SUAREZ ALFEREZ	1.012.439.979	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO
9	ILUMINARC	JOSE YESID MARTINEZ PEREZ	1.032.383.946	OFICIAL	10/3/2025	INGRESO
10	ILUMINARC	EMILIO MEDINA MEDINA	79.352.450	OFICIAL	10/3/2025	INGRESO
11	LUIS CAMARGO	JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS	1.033.775.106	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO
12	LUIS CAMARGO	EMILIANO CAMARGO QUINTANA	4.118.907	MAESTRO DE OBRA	7/3/2025	INGRESO
13	LUIS CAMARGO	YESHIT CAMARGO VANEGAS	1.050.066.560	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO
14	LUIS CAMARGO	JAIDER CAMARGO VANEGAS	80.858.863	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO
15	LUIS CAMARGO	RENE CAMARGO VANEGAS	73.563.773	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO
16	LUIS CAMARGO	LUIS ROGELIO ROJAS TRUJILLO	19.401.764	AYUDANTE	7/3/2025	INGRESO
17	LUIS CAMARGO	JIOVANNI PEÑA PARRA	79.210.402	OFICIAL	29/03/2025	INGRESO
18	DIVERPARK	ARNULFO ANDRADES POLO	92.129.294	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO
19	DIVERPARK	NEY SANTANA ARRIETA	73.050.088	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO
20	DIVERPARK	RONALDO RIVERA	1.012.450.951	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO
21	DIVERPARK	ALEXANDER DAZA	1012450951	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO
22	OMR	NELSON ALFONSO URREGO	1.079.032.313	OPERADOR MINI CARGADOR	14/03/2025	INGRESO

PERSONAL RETIRADO MARZO: Para el periodo comprendido entre 01 y el 31 de MARZO de 2025, se presentan 12 retiros del proyecto. Se aclara que la paz y salvos del Contratista Carlos Ardila serán entregados en el informe 6 correspondiente al mes de marzo. **VER ANEXO 12. PAZ Y SALVOS**.

CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO
CONSORCIO BELZCON	JORGE BERNARDO TONCEL AREVALO	1.081.818.022	PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS
CONSORCIO BELZCON	DURGY SIERRA	52.879.468	INSPECTOR DE OBRA
CONSORCIO BELZCON	DAVID ORLANDO ORTIZ SABOGAL	1.012.423.111	RESIDENTE DE OBRA
CARLOS ARDILA	ADRIAN CAMILO ARANDIA ABRIL	1.034.988.707	AYUDANTE
CARLOS ARDILA	HERMES GIOVANNI FLOREZ	1.024.483.651	OFICIAL
CARLOS ARDILA	EDWIN DUVAN GOMEZ MUÑOZ	1.079.034.702	AYUDANTE
CARLOS ARDILA	BLANCA JEANNETHE TAPIAS ROJAS	52.634.260	AYUDANTE
CARLOS ARDILA	WILLIAM MUÑOZ	79.830.829	OFICIAL
CARLOS ARDILA	LUIS MUÑOZ	79.991.606	MAESTRO
CARLOS ARDILA	DEIVID STIVEN SUAREZ OVIEDEO	1.023.677.101	AYUDANTE
CONSORCIO BELZCON	CLAUDIA ALEJANDRA SANCHEZ VELASCO	1.083.931.123	INSPECTOR DE OBRA

PERSONAL ACTIVO MARZO:

23	CARLOS ARDILA	JAIME MUÑOZ RODRIGUEZ	80.268.734	OFICIAL	27/11/2024	ACTIVO
24	CARLOS ARDILA	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ	79.992.215	CONTRATISTA	3/12/2024	ACTIVO
25	CARLOS ARDILA	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	80.438.571	OFICIAL	1/12/2024	ACTIVO
26	CARLOS ARDILA	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	79.218.353	AYUDANTE	25/11/2024	ACTIVO
27	CARLOS ARDILA	DALMIRO SERRATO AYA	93.421.303	OFICIAL	22/11/2024	ACTIVO
28	CARLOS ARDILA	WILSON ROJAS AUZAQUE	12.209.758	OFICIAL	19/02/2025	ACTIVO
29	CONSORCIO BELZCON	GINA PAOLA CIPRIAN CASALLAS	1.012.429.637	INSPECTOR DE OBRA	16/01/2025	ACTIVO
30	CONSORCIO BELZCON	CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ	1.023.013.499	INSPECTOR DE OBRA	16/01/2025	ACTIVO
31	CONSORCIO BELZCON	ASDRID MARICELA TOLOZA CUBAQUE	52.423.434	RESIDENTE FORESTAL	16/01/2025	ACTIVO
32	CONSORCIO BELZCON	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA	1.031.122.774	RESIDENTE SST	15/01/2025	ACTIVO
33	CONSORCIO BELZCON	JUANSEBASTIAN RODRIGUEZ C	10.306.619.586	ESPECIALISTA DE TRANSITO	16/01/2025	ACTIVO
34	CONSORCIO BELZCON	SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL	52.923.500	PROFESIONAL DE CALIDAD	16/01/2025	ACTIVO
35	CONSORCIO BELZCON	MARIANA BOLÍVAR ARENAS	1.010.190.348	ESPECIALISTA CONTABLE	16/01/2025	ACTIVO
36	CONSORCIO BELZCON	LUIS ENRIQUE GUZMAN CONDIA	9.533.226	DIRECTOR DE OBRA	2/12/2024	ACTIVO
37	CONSORCIO BELZCON	GUSTAVO VARGAS FIGUEREDO	79.863.726	RESIDENTE DE OBRA	2/12/2024	ACTIVO
38	CONSORCIO BELZCON	JHON CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	1.012.420.871	INSPECTOR DE OBRA	23/12/2024	ACTIVO
39	CONSORCIO BELZCON	JHON LIAN CUELLAR SALAMANCA	79.352.621	RESIDENTE DE OBRA	23/12/2024	ACTIVO
40	CONSORCIO BELZCON	ADRIANA PACHON FAJARDO	1.019.011.012	RESIDENTE AMBIENTAL	23/12/2024	ACTIVO
41	CONSORCIO BELZCON	VIVIANA PAULINA MANCIPE GARCIA	52.990.836	RESIDENTE SOCIAL	23/12/2024	ACTIVO
42	CONSORCIO BELZCON	JOSE DAVID PATIÑO GARZÓN	1.014.197.115	INSPECTOR DE OBRA	3/2/2025	ACTIVO
43	CONSORCIO BELZCON	CLAUDIA PEDRAZA	52.879.800	RESIDENTE DE OBRA	10/2/2025	ACTIVO
44	CONSORCIO BELZCON	OSCAR DARIO CARDENAS LOZANO	1.024.543.912	PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS	10/2/2025	ACTIVO
45	CONSORCIO BELZCON	ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ	1.001.203.623	AUX DE INGENIERIA	11/2/2025	ACTIVO
46	CONSORCIO BELZCON	SAUL GÓMEZ SALAMANCA	80.435.393	MAESTRO	20/02/2025	ACTIVO

47	CONSORCIO BELZCON	CRISTHIAN ORLANDO NARANJO RODRIGUEZ	1.031.146.624	INSPECTOR SST	13/02/2025	ACTIVO
48	CONSORCIO BELZCON	CRISTIAN FELIPE ARDILA NAVARRETE	1.010.223.116	INSPECTOR DE OBRA	11/2/2025	ACTIVO
49	CONSORCIO BELZCON	ANDRES MAURICIO TAVERA PINZON	1.053.784.849	INSPECTOR DE OBRA	3/2/2025	ACTIVO
50	CONSORCIO BELZCON	JORGE WILLIAMS CARDENAS AGUJA	79.986.418	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	3/2/2025	ACTIVO
51	RM INGENIERIA	ERVIN ARTUTO RODRIGUEZ DUARTE	79.878.077	CADENERO 1	23/12/2024	ACTIVO
52	RM INGENIERIA	RODRIGO MOSQUERA IBAÑEZ	1.012.342.987	TOPOGRAFO	23/12/2024	ACTIVO
53	RM INGENIERIA	RODRIGO MOSQUERA GARZON	19.225.828	CADENERO 2	23/12/2024	ACTIVO
54	ILUMINARC	ANDRES FELIPE JIMNENEZ VILLAMIL	1.014.239.469	RESIDENTE ELECTRICO	10/1/2025	ACTIVO
55	ILUMINARC	CARLOS ANDRES LOPEZ BUITRAGO	80.859.119	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2025	ACTIVO
56	ILUMINARC	JHONNY MAURICOI ROJAS MEDINA	80.209.784	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2025	ACTIVO
57	ILUMINARC	GIOVANNY FORIGUA MERENDES	1.013.661.060	TECNICO ELECTRISTA	29/01/2025	ACTIVO
58	ILUMINARC	NUMAEL MEDINA MEDINA	79.382.708	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
59	ILUMINARC	PAULA ANDREA ROMERO VASQUEZ	1.020.785.662	COORDINADORA DE ALTURAS	21/01/2025	ACTIVO
60	ILUMINARC	HECTOR REINEL ROJAS MEDINA	79.764.999	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
61	ILUMINARC	JOSE AGUSTIN LOZANO CASTRO	79.244.131	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
62	ILUMINARC	LUIS FERNANDO LOZANO	80.473.084	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
63	ILUMINARC	WILMER ARMANDO BAUTISTA AMAYA	80.027.455	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
64	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	OTONIEL CABREJO CORSO	80.266.072	OFICIAL	15/01/2025	ACTIVO
65	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	JOSE ANTONIO CARRERO CANTOR	19.488.572	OFICIAL	13/01/2025	ACTIVO
66	OMR	JUAN MAURICIO GOMEZ PEDROZA	2.968.575	OFICIAL	3/2/2025	ACTIVO
67	OMR	JOSE JAVIER VELASQUEZ HERNANDEZ	11.521.300	AYUDANTE	14/02/2025	ACTIVO
68	STELL CONCRET	JORGE EDUARDO CHICO LOAIZA	1.109.843.533	AYUDANTE	3/2/2025	ACTIVO
69	STELL CONCRET	JHON FREDDY HUERTAS ZABALETA	80.764.602	AYUDANTE	3/2/2025	ACTIVO
70	STELL CONCRET	JAIRO CASTAÑEDA CIFUENTES	3.256.087	OFICIAL	3/2/2025	ACTIVO

EXAMENES DE INGRESO:

Para el periodo evaluado se presentan 22 exámenes de ingreso con sus respectivas restricciones medicas ocupacionales, firmadas y notificadas a los trabajadores.

INDUCCIONES:

Para el periodo evaluado se adjuntan 22 inducciones correspondientes a los ingresos que se presentan al proyecto en el periodo evaluado.

ENTREGA DE DOTACIONES

Para el periodo evaluado se presentan 19 registros de entrega de dotaciones, realizadas al personal operativo y administrativo. **VER ANEXO 4 ENTREGA DE DOTACIÓN.**

MATRIZ DE RIESGOS

Para este periodo se relacionan un total de 82 personas y se realiza la actualización de la matriz, esta actualización se realizará mes a mes o en caso de presentarse un accidente laboral.

PLAN DE TRABAJO

El Plan de trabajo de CONSORCIO BELZCON I1, del periodo evaluado se encuentra en diseño el plan de trabajo, sin embargo, se da cumplimiento al procedimiento de inducciones y charlas del personal en obra. **VER ANEXO 5 PLAN DE TRABAJO.**

CAPACITACIONES

Para el periodo evaluado se realizaron 6 capacitación al personal durante el periodo evaluado. **VER ANEXO 6. CAPACITACIONES.**

ITEM	FECHA	TEMA	CANTIDAD PERSONAL
1	6/03/2025	Puntos ecológicos	5
2	13/03/2025	Puntos ecológicos	2
3	14/03/2025	Puntos ecológicos	3
4	20/03/2025	Reciduos Quimicos y RCD	5
5	26/03/2025	Reciduos Quimicos y RCD	3
6	21/03/2025	Reciduos Quimicos y RCD	5
7	31/03/2025	Reciduos Quimicos y RCD	5

COMITÉS

Para el periodo evaluado se cuenta con los respectivos comités, esta elección se realiza el cambio del Vigía de Seguridad y Salud en el trabajo. Se realiza reunión con la vigia asignada el dia 15 de Marzo del 2025. **VER ANEXO 11: COMITES**

ACCIDENTALIDAD

Durante el período de este informe no se presentan accidentes que tengan que ver con el proyecto.

INDICADORES

Para el periodo evaluado se presentan los siguientes indicadores

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD:

OBJETIVO		Monitoreo sobre los incidentes, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad comun asegurando la reduccion de la frecuencia y severidad de los mismos	
INDICADOR		Frecuencia de Accidentalidad	Severidad de la Accidentalidad
META		Disminuir mínimo el 10% del indice de frecuencia de accidentes de trabajo con referencia al Año Anterior	Disminuir mínimo el 10% del indice la severidad de accidentes de
GF		IF AT= No. total, de AT x mes/ W x mes = X100	IS AT = No. total, dias de incapacidad mes/ dias cargados mes/W

INDICADORES DE GESTION SST CONTRATO IDRD 4060 2024

DATOS

PERIODO	No Trab	HHT	N° AT	N° AT MORTALES	N° AT Sin Perdida de Tiempo	N° AT Con Perdida de Tiempo	Dias de incapacidad	Dias cargados	Indice de Frecuencia (I.F)	Indice de severidad (I.S)	Indice de Lesiones Incapacitantes (I.L.I)	PATM Mortalidad
Nov-24	5	880	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Dec-24	21	3024	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
enero - 25	45	7920	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Feb-25	67	11256	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Mar-25	82	14432	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Apr-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
May-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jun-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jul-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Aug-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Sep-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Oct-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Nov-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Dec-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
AcumAño	**220**	**37.512**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**0,00**
Promedio	29	2.878		0	0	0	0	0	0	0	0	0

INDICADORES DE AUSENTISMO: Durante el periodo evaluado no se presentaron ausentismos por ninguna causa en el desarrollo del proyecto.

	Ausentismo		
	Dìas de incp x mes AT+EC	Dìas trabajados x mes	Dìas trabajados x mes
Nov-24	0	9	0,0
Dec-24	0	25	0,0
Jan-25	0	26	0,0
Feb-25	0	24	0,0
Mar-25	0	25	0,0
Apr-25	0	0	#DIV/0!
May-25	0	0	#DIV/0!
Jun-25	0	0	#DIV/0!
Jul-25	0	0	#DIV/0!
Aug-25	0	0	#DIV/0!
Sep-25	0	0	#DIV/0!
Oct-25	0	0	#DIV/0!
Nov-25	0	0	#DIV/0!
Dec-25	0	0	#DIV/0!
	TOTAL		139,60

INDICADORES DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA:

Incidencia		
Nº casos EL año	Promedio de W año	Indicador incidencia
0	29	0,0

Prevalencia			
Casos EL 2024	Casos EL 2025	Promedio de W año	Indicador prevalencia
0	0	29	0,0

INDICADORES DE ESTRUCUTURA, PROCESO Y RESULTADO: Para el periodo evaluado se encuentra en diseño el SG-SST.

INDICADORES ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO - 2025

INDICADOR	RESPONSABLE	INFORMACION FORMULA	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Cumplimiento Politica	Gerente Area SST	Número de Trabajadores que conocen la Politica	5	26	45	65	82				
		Número de Trabajadores Total en la empresa	5	26	45	65	82				
Cumplimiento legal	Gerente Area SST	Número de requisitos legales cumplidos	36	36	36	36	36				
		Número total de requisitos legales aplicables	36	36	36	36	36				
Cumplimiento plan capacitaciones	Area SST	Número de capacitaciones ejecutadas	0	1	5	6	7				
		Número de capacitaciones programadas	0	1	5	6	7				
Actividades plan de trabajo	Area SST	Número de actividades cumplidas del plan anual de trabajo	0	8	14	13	15				
		Número de actividades programas en el plan anual de trabajo	0	8	14	13	15				
Inspecciones realizadas	Area SST	Numero de Inspecciones Realizadas	0	2	3	5	16				
		Numero de Inspecciones Planeadas	0	2	3	5	16				
Gestion actividades COPASST	Area SST	N.º actividades programadas	0	0	1	1	1				
		N.º actividades ejecutadas en el periodo	0	0	1	1	1				
Gestion actividades CONVIVENCIA	Area SST	N.º actividades programadas	0	0	1	1	N.A				
		N.º actividades ejecutadas en el periodo	0	0	1	1	N.A				

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL:

Para el periodo evaluado se presentan planillas de seguridad del personal activo a la fecha, se presentan también las afiliaciones del personal de ingreso o según corresponda, **VER ANEXO 8. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL.**

PARQUES EN INTERVENCIÓN:

En la fecha de evaluación de este informe se tienen autorizada la intervención de los siguientes parques, en los cuales de realizaron diferentes tipos de actividades constructivas.

	PARQUE EN INTERVENCIÓN
1	PARQUE NACIONAL
2	PALACIO DE LOS DEPORTES
3	PORVENIR
4	PIJAOS
5	LA ANDREA
6	CEFE SAN CRISTOBAL
7	OLAYA
8	COUNTRY
9	PATIO BONITO
10	VALLES DE CAFAM
11	CIUDAD MONTES
12	MODELIA
13	SIMON BOLÍVAR
14	LA SERENA
15	TIMIZA

DOCUMENTACIÓN DE MAQUINARIA:

Para le fecha de presentación de este informe se registran 3 ingresos de maquinaria al proyecto.

ITEM	REFERNCIA	ESTADO
1	MINI CAT 236B	ACTIVO
2	DOCUMENTOS VOLQUETA -USD-554	ACTIVO
3	CAMIONETA SAVEIRO JXR814	ACTIVO

REGISTRO FOTOGRAFICO: Se anexa archivo con registro fotográfico de las actividades realizadas en el periodo evaluado, **VER ANEXO 9: REGISTRO FOTOGRAFICO.**

INSPECCIONES DE SEGURIDAD: Para el periodo evaluado se presentan 16 inspecciones de seguridad, realizadas al Extintor y al Kit de emergencias, Botiquín y Camila, preoperacionales de inspecciones locativas en parques **VER ANEXO 10: INSPECCIONES DE SEGURIDAD**

PERMISOS DE TRABAJO: Para el periodo evaluado se presentan permisos de trabajo en alturas de los diferentes Subcontratistas que realizan estas labores, a continuación, se relacionan los permisos adjuntos. **ANEXO 11: PERMISOS DE TRABAJO.**

ITEM	FECHA	ACTIVIDAD	CONTRATISTA
1	07/03/2025	Permisos Pista de patinaje	ILUMNINARC
2	03/03/2025	Permisos Palacio de los deportes	STEEL CONCRET
3	10/03/2025	Permiso Pista de Patinaje	STEEL CONCRET
4	10/03/2025	Permiso UDCA	STEEL CONCRET
5	10/03/2025	Permiso Pista de Patinaje	STEEL CONCRET
6	03/03/2025	Permiso Valles del cafam	ILUMNINARC

CONCLUSIONES

✔ Para este periodo se presentan 22 ingresos,
✔ Se efectúan actividades en obra y en el diseño del SGSST.
✔ Se realiza la recopilación de información referente a ingresos del personal y a su vez la respectiva revisión.
✔ En el periodo evaluado no se presentan accidentes ni ausentismo por origen común.
✔ Se realiza el ingreso de 3 maquinarias al proyecto.

RELACION DE PERSONAL INFORME SST No 5
CONTRATO 4060 de 2024
PERIODO: 01 DE AL 31 MARZO DE 2025

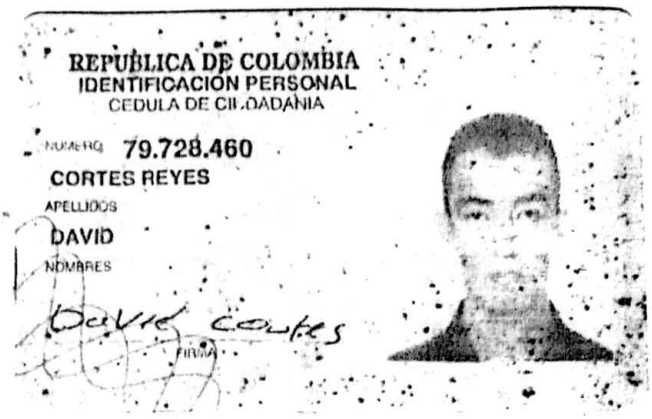
PERSONAL INGRESADO EN EL PERIODO

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACION	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	CCF	FECHA EMO
1	ARIN	DAVID CORTES REYES	79.728.460	AYUDANTE	13/03/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA	11/3/2025	CAPITAL		PROTECCION		CAFAM	8/03/205
2	ARIN	CAMPO ELIAS VARGAS GIL	7.210.065	OFICIAL	13/03/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA	29/10/2024	FAMISANAR		PROTECCION		CAFAM	12/3/2025
3	BALERCO	EDGAR ESPITIA ROJAS	1.018.462.151	AYUDANTE	10/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	4/2/2025	SANITAS		PORVENIR		COMPENSAR	28/01/2025
4	BALERCO	LUIS MERCADO RUA	15.903.052	AYUDANTE	10/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	2/2/2025	SALUD TOTAL		PROTECCION		COMPENSAR	19/02/2025
5	BALERCO	JEISON JACOB ANGEL MENDEZ	1.083.917.804	AYUDANTE	10/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	23/01/2025	FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	10/1/2025
6	BALERCO	JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA	1.032.419.520	RESIDENTE	10/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	16/01/2025	FAMISANAR		COLPENSIONES		COMPENSAR	14/01/2025
7	CONSORCIO BELZCON	CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS	1.026.251.328	CONDUCTOR	12/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	12/3/2025	SANITAS		PROTECCION		COMPENSAR	7/3/2025
8	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS	ANDRES DAVID SUAREZ ALFEREZ	1.012.439.979	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA	27/02/2025	SALUD TOTAL		PROTECCION		COLSUBSIDIO	26/02/2025
9	ILUMINARC	JOSE YESID MARTINEZ PEREZ	1.032.383.946	OFICIAL	10/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	4/2/2025	FAMISANAR		PORVENIR		COLSUBSIDIO	13/02/2025
10	ILUMINARC	EMILIO MEDINA MEDINA	79.352.450	OFICIAL	10/3/2025	INGRESO	N.A	N.A	SURA	COMPENSAR		COLPENSIONES		N.A	28/01/2024
11	LUIS CAMARGO	JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS	1.033.775.106	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	1/3/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		CAFAM	5/3/2025
12	LUIS CAMARGO	EMILIANO CAMARGO QUINTANA	4.118.907	MAESTRO DE OBRA	7/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	1/3/2025	FAMISANAR		PENSIONADO		CAFAM	5/3/2025
13	LUIS CAMARGO	YESHIT CAMARGO VANEGAS	1.050.066.560	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	5/3/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		CAFAM	4/3/2025
14	LUIS CAMARGO	JAIDER CAMARGO VANEGAS	80.856.663	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	5/3/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		CAFAM	4/3/2025
15	LUIS CAMARGO	RENE CAMARGO VANEGAS	73.563.773	OFICIAL	7/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	1/3/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		CAFAM	5/3/2025
16	LUIS CAMARGO	LUIS ROGELIO ROJAS TRUJILLO	19.401.764	AYUDANTE	7/3/2025	INGRESO	N.A	SURA	1/3/2025	CAPITAL		COLPENSIONES		CAFAM	1/3/2025
17	LUIS CAMARGO	JIOVANNI PEÑA PARRA	79.210.402	OFICIAL	29/03/2025	INGRESO	N.A	SURA	1/3/2025	SANITAS		PORVENIR		CAFAM	20/03/2024
18	DIVERPARK	ARNULFO ANDRADES POLO	92.129.294	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA	2/20/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR			15/02/2025
19	DIVERPARK	NEY SANTANA ARRIETA	73.050.086	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA	2/20/2025	NUEVA EPS		COLPENSIONES			15/02/2025
20	DIVERPARK	RONALDO RIVERA	1.012.450.951	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA		FAMISANAR		PORVENIR			15/02/2025
21	DIVERPARK	ALEXANDER DAZA	1012450951	INSTALADOR	28/03/2025	INGRESO	N.A	POSITIVA		FAMISANAR		COLFONDOS			15/02/2025
22	OMR	NELSON ALFONSO URREGO	1.079.032.313	OPERADOR MINI CARGADOR	14/03/2025	INGRESO	15/03/2025	SURA	17/02/2025	NUEVA EPS		PORVENIR		COLSUBSIDIO	12/3/2025

PERSONAL ANTIGUO EL PERIODO

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP		CCF	FECHA EMO
23	CARLOS ARDILA	JAIME MUÑOZ RODRIGUEZ	80.268.734	OFICIAL	27/11/2024	ACTIVO	N.A	COLPATRIA	29/11/2024	COMPENSAR		COLPENSIONES		COMPENSAR	29/11/2024
24	CARLOS ARDILA	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ	79.992.215	CONTRATISTA	3/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	3/12/2024	SANITAS		PORVENIR		COMPENSAR	2/12/2024
25	CARLOS ARDILA	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	80.436.571	OFICIAL	1/12/2024	ACTIVO	N.A	COLPATRIA	30/11/2024	FAMISANAR		COLFONDOS		COMPENSAR	17/6/2024
26	CARLOS ARDILA	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	79.218.353	AYUDANTE	25/11/2024	ACTIVO	N.A	COLPATRIA	22/11/2024	SALUD TOTAL		PORVENIR		COMPENSAR	17/6/2024
27	CARLOS ARDILA	DALMIRO SERRATO AYA	93.421.303	OFICIAL	22/11/2024	ACTIVO	N.A	COLPATRIA	22/11/2024	SALUD TOTAL		COLPENSIONES		COMPENSAR	25/05/2024
28	CARLOS ARDILA	WILSON ROJAS AUZAQUE	12.209.758	OFICIAL	19/02/2025	ACTIVO	N.A	COLPATRIA	14/02/2025	FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	14/02/2025
29	CONSORCIO BELZCON	GINA PAOLA CIPRIAN CASALLAS	1.012.429.637	INSPECTOR DE OBRA	16/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SANITAS		PORVENIR		COMPENSAR	13/03/2024
30	CONSORCIO BELZCON	CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ	1.023.013.499	INSPECTOR DE OBRA	16/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	3/5/2024
31	CONSORCIO BELZCON	ASDRID MARICELA TOLOZA CUBAQUE	52.423.434	RESIDENTE FORESTAL	16/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SALUD TOTAL		PROTECCION		COMPENSAR	23/02/2024
32	CONSORCIO BELZCON	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA	1.031.122.774	RESIDENTE SST	15/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SURA		PROTECCION		COMPENSAR	15/11/2024
33	CONSORCIO BELZCON	JUANSEBASTIAN RODRIGUEZ C	10.306.619.586	ESPECIALISTA DE TRANSITO	16/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	18/01/2025
34	CONSORCIO BELZCON	SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL	52.923.500	PROFESIONAL DE CALIDAD	16/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SALUD TOTAL		COLPENSIONES		N.A	15/01/2025
35	CONSORCIO BELZCON	MARIANA BOLIVAR ARENAS	1.010.190.348	ESPECIALISTA CONTABLE	16/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		COMPENSAR		COLPENSIONES		COMPENSAR	9/7/2024
36	CONSORCIO BELZCON	LUIS ENRIQUE GUZMAN CONDA	9.533.226	DIRECTOR DE OBRA	2/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	1/12/2024	ALIANSALUD		COLPENSIONES		COMPENSAR	28/11/2024
37	CONSORCIO BELZCON	GUSTAVO VARGAS FIGUEREDO	79.863.726	RESIDENTE DE OBRA	2/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	2/12/2024	SALUD TOTAL		PORVENIR		COMPENSAR	30/11/2024
38	CONSORCIO BELZCON	JHON CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	1.012.420.871	INSPECTOR DE OBRA	23/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	18/11/2024	ALIANSALUD		PORVENIR		COMPENSAR	18/11/2024
39	CONSORCIO BELZCON	JHON LIAN CUELLAR SALAMANCA	79.352.621	RESIDENTE DE OBRA	23/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	21/11/2024	SURA		PORVENIR		COMPENSAR	4/12/2024
40	CONSORCIO BELZCON	ADRIANA PACHON FAJARDO	1.019.011.012	RESIDENTE AMBIENTAL	23/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	1/2/2024	FAMISANAR		COLFONDOS		COMPENSAR	1/2/2024
41	CONSORCIO BELZCON	VIVIANA PAULINA MANCIPE GARCIA	52.990.836	RESIDENTE SOCIAL	23/12/2024	ACTIVO	N.A	SURA	10/1/2024	SANITAS		PORVENIR		COMPENSAR	10/1/2024
42	CONSORCIO BELZCON	JOSE DAVID PATIÑO GARZON	1.014.197.115	INSPECTOR DE OBRA	3/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA	18/01/2025	FAMISANAR	18/01/2025	PROTECCION		COMPENSAR	18/01/2025
43	CONSORCIO BELZCON	CLAUDIA PEDRAZA	52.879.800	RESIDENTE DE OBRA	10/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA	10/2/2025	NUEVA EPS	10/2/2025	COLPENSIONES		COMPENSAR	8/2/2025
44	CONSORCIO BELZCON	OSCAR DARIO CARDENAS LOZANO	1.024.543.912	PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS	10/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA	10/2/2025	SANITAS	10/2/2025	PROTECCION		COMPENSAR	8/2/2025
45	CONSORCIO BELZCON	ROSSY CATALINA RUBIO LOPEZ	1.001.203.623	AUX DE INGENIERIA	11/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA	11/2/2025	SANITAS	11/2/2025	COLPENSIONES		COMPENSAR	11/2/2025
46	CONSORCIO BELZCON	SAUL GOMEZ SALAMANCA	80.435.393	MAESTRO	20/02/2025	ACTIVO	N.A	SURA	19/02/2025	COMPENSAR	19/02/2025	PROTECCION		COMPENSAR	19/02/2025
47	CONSORCIO BELZCON	CRISTHIAN ORLANDO NARANJO RODRIGUEZ	1.031.146.624	INSPECTOR SST	13/02/2025	ACTIVO	N.A	SURA	13/02/2025	COMPENSAR	13/02/2025	PROTECCION		COMPENSAR	8/2/2025
48	CONSORCIO BELZCON	CRISTIAN FELIPE ARDILA NAVARRETE	1.019.223.116	INSPECTOR DE OBRA	11/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA	11/2/2025	COMPENSAR	11/2/2025	PORVENIR		COMPENSAR	31/01/2025
49	CONSORCIO BELZCON	ANDRES MAURICIO TAVERA PINZON	1.053.784.849	INSPECTOR DE OBRA	3/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SURA		SKANDIA		COLSUBSIDIO	16/01/2025
50	CONSORCIO BELZCON	JORGE WILLIAMS CARDENAS AGUJA	79.966.418	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	3/2/2025	ACTIVO	N.A	POSITIVA		NUEVA EPS		COLPENSIONES		COMPENSAR	22/01/2025
51	RM INGENIERIA	ERVIN ARTUTO RODRIGUEZ DUARTE	79.878.077	CADENERO 1	23/12/2024	ACTIVO	N.A	POSITIVA	10/12/2024	SURA		PROTECCION		COMPENSAR	12/9/2024
52	RM INGENIERIA	RODRIGO MOSQUERA IBAÑEZ	1.012.342.987	TOPOGRAFO	23/12/2024	ACTIVO	N.A	POSITIVA	27/09/2019	SANITAS		COLFONDOS		COMPENSAR	24/10/2024
53	RM INGENIERIA	RODRIGO MOSQUERA GARZON	19.225.828	CADENERO 2	23/12/2024	ACTIVO	N.A	POSITIVA	9/7/2020	FAMISANAR		COLPENSIONES		COMPENSAR	24/10/2024

54	ILUMINARC	ANDRES FELIPE JIMNENEZ VILLAMIL	1.014.259.469	RESIDENTE ELECTRICO	10/1/2025	ACTIVO	N.A	SURA		FAMISANAR		PORVENIR		N.A	22/05/2025
55	ILUMINARC	CARLOS ANDRES LOPEZ BUITRAGO	80.859.119	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2025	ACTIVO	N.A	SURA		FAMISANAR		PROTECCION		COLSUBSIDIO	3/8/2024
56	ILUMINARC	JHONNY MAURICIO ROJAS MEDINA	80.209.784	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2025	ACTIVO	N.A	SURA		NUEVA EPS		PORVENIR		N.A	29/01/2024
57	ILUMINARC	GIOVANNY FORIGUA MERENDES	1.013.661.060	TECNICO ELECTRISTA	29/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SALUD TOTAL		PORVENIR		N.A	20/12/2024
58	ILUMINARC	NUMAEL MEDINA MEDINA	79.382.708	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO	N.A	SURA		SANITAS		PROTECCION		N.A	29/01/2024
59	ILUMINARC	PAULA ANDREA ROMERO VASQUEZ	1.020.765.662	COORDINADORA DE ALTURAS	21/01/2025	ACTIVO	N.A	SURA		SANITAS		PORVENIR		N.A	2/11/2024
60	ILUMINARC	HECTOR REINEL ROJAS MEDINA	79.764.999	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO	N.A	SURA		NUEVA EPS		COLPENSIONES		COLSUBSIDIO	16/12/2024
61	ILUMINARC	JOSE AGUSTIN LOZANO CASTRO	79.244.131	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO	N.A	SURA		SALUD TOTAL		PROTECCION		COLSUBSIDIO	1/8/2024
62	ILUMINARC	LUIS FERNANDO LOZANO	80.473.084	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO	N.A	SURA		SALUD TOTAL		PORVENIR		COLSUBSIDIO	16/07/2024
63	ILUMINARC	WILMER ARMANDO BAUTISTA AMAYA	80.027.456	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO	N.A	SURA		SANITAS		COLPENSIONES		COLSUBSIDIO	16/07/2024
64	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	OTONIEL CABREJO CORSO	80.266.072	OFICIAL	15/01/2025	ACTIVO	N.A	LA EQUIDAD		NUEVA EPS		COLPENSIONES		COMPENSAR	15/01/2025
65	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	JOSE ANTONIO CARRERO CANTOR	19.488.572	OFICIAL	13/01/2025	ACTIVO	N.A	POSITIVA		NUEVA EPS		PORVENIR		COMPENSAR	15/01/2025
66	OMR	JUAN MAURICIO GOMEZ PEDROZA	2.966.575	OFICIAL	3/2/2025	ACTIVO	N.A	SURA	20/01/2025	SALUD TOTAL		COLFONDOS		COMPENSAR	22/10/2024
67	OMR	JOSE JAVIER VELASQUEZ HERNANDEZ	11.521.300	AYUDANTE	14/02/2025	ACTIVO	N.A	SURA	20/01/2025	FAMISANAR		PROTECCION		COMPENSAR	22/10/2024
68	STELL CONCRET	JORGE EDUARDO CHICO LOAIZA	1.109.843.533	AYUDANTE	3/2/2025	ACTIVO	N.A	POSITIVA		SURA		PORVENIR		COMPENSAR	24/07/2024
69	STELL CONCRET	JHON FREDDY HUERTAS ZABALETA	80.764.602	AYUDANTE	3/2/2025	ACTIVO	N.A	POSITIVA	27/01/2025	SALUD TOTAL		COLFONDOS		COMPENSAR	28/01/2025
70	STELL CONCRET	JAIRO CASTAÑEDA CIFUENTES	3.256.067	OFICIAL	3/2/2025	ACTIVO	N.A	POSITIVA	16/01/2025	SURA		PROTECCION		COMPENSAR	15/01/2025
							PERSONAL RETIRADO								
No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP		CCF	FECHA EMO
71	STELL CONCRET	JAIME ADOLFO SALAZAR MURCIA	80.857.096	INSPECTOR SST	5/2/2025	RETIRO	25/03/2025	POSITIVA	4/2/2025	FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	4/2/2025
72	CARLOS ARDILA	JESUS ANTONIO CAICEDO MARTINEZ	1.063.555.637	AYUDANTE	3/12/2024	RETIRO	PENDIENTE	COLPATRIA	3/12/2024	SANITAS		PORVENIR		COMPENSAR	2/12/2024
73	CARLOS ARDILA	CAMILO ANDRES RATIVA GOMEZ	1.007.333.861	AYUDANTE	20/02/2025	RETIRO	PENDIENTE	COLPATRIA	4/2/2025	COMPENSAR		PROTECCION		COMPENSAR	1/2/2025
74	CARLOS ARDILA	JUAN DANIEL HERNANDEZ CELIS	1.073.131.371	OFICIAL	20/02/2025	RETIRO	PENDIENTE	COLPATRIA	4/2/2025	FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	1/2/2025
75	CARLOS ARDILA	LUIS ALBERTO BARRERA ROMERO	79.543.885	OFICIAL	7/1/2025	RETIRO	PENDIENTE	COLPATRIA		FAMISANAR		PORVENIR		COMPENSAR	17/12/2024
76	OMR	BAIRON ALEXIS RIASCOS GAMBOA	1.111.761.736	AYUDANTE	14/03/2025	INGRESO/RETIRO	15/03/2025	SURA	12/3/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		COLSUBSIDIO	7/3/2025
77	OMR	ALEXANDER DAVILA URBINA	19.787.563	OFICIAL	5/03/2025	INGRESO/RETIRO	15/03/2025	SURA	5/03/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		COLSUBSIDIO	3/3/2025
78	OMR	CARLOS ALBERTO ARROYO VALENCIA	1.193.596.919	AYUDANTE	5/03/2025	INGRESO/RETIRO	15/03/2025	SURA	5/03/2025	FAMISANAR		PROTECCION		COLSUBSIDIO	3/3/2025
79	OMR	DELFINO PALMA MARTINEZ	80.807.722	OFICIAL	5/03/2025	INGRESO/RETIRO	15/03/2025	SURA	5/03/2025	SALUD TOTAL		PROTECCION		COLSUBSIDIO	4/3/2025
80	OMR	RICARDO MUÑOZ VALENCIA	79.530.596	OFICIAL	14/02/2025	RETIRO	3/3/2025	SURA	20/01/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		COMPENSAR	29/01/2025
81	OMR	JOSE WILSON BOLAÑOS FAJARDO	1.003.776.976	AYUDANTE	20/02/2025	RETIRO	27/03/2025	SURA	19/02/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		COMPENSAR	17/02/2025
82	OMR	DANIEL FELIPE VILLAREAL BELEÑO	1.004.504.896	AYUDANTE	14/02/2025	RETIRO	3/3/2025	SURA	11/2/2025	SALUD TOTAL		PORVENIR		COMPENSAR	31/01/2025

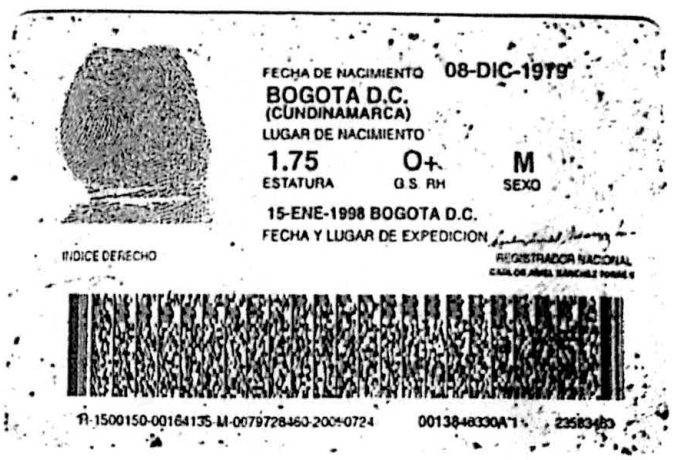

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.728.460

CORTES REYES
APELLIDOS

DAVID
NOMBRES

David Cortes
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
15-ENE-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00164135-M-0079728460-20040724 0013848330A1 2358348

Direc. Carre 4. # 93-12 Sur Vitre Y.

Eps Capitall Salud.

Tel. 320 768 35 41

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900464535
Nombre:	ARIN CONSTRUCTORES SAS		
Dirección:	KR 4 18 50 OF 607		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	arq.jorge.jimenez@gmail.com		
Teléfono:	5102087	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5433003 TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE ACABADO DE INTERIORES, DE YESO Y ESTUCO PARA INTERIORES Y EXTERIORES, COMO TECHOS, REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PAREDES, TABIQUES MOVIBLES, ETCÉTERA, OTRAS ACTIVIDADES DE TERMINACIÓ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 80226576	JORGE ANDRES JIMENEZ SALAZAR

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-013-316148	11/03/2025	CC 79728460	DAVID CORTES REYES	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_163
MIS_4_1_3_FR15_v_010

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	10 03 2025

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos			
CORTES (Primer apellido)	REYES (Segundo apellido)	DAVID (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79.728.460	Femenino [ ] Masculino [✔]	10 12 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
POSITIVA	PROTECCION	$1.423.500

18. Residencia				
CR 4 N°93-12 SUR VIRREY (Dirección)	320 7683541 (Teléfono)	320 7683541 (Teléfono celular)	davidcortesreyes79@gmail.com (Correo electrónico)	
BOGOTA D.C (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [✔] Rural [ ]	(Localidad/Comuna)	BOGOTA D.C (Departamento)	

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
ARIN CONSTRUCTORES SAS	NIT	900 464 535 -4	

39. Ubicación				
KRA 4 N°18-50 OF 607 (Dirección)	3153350771 (Teléfono)	arq.jorge.jimenez@gmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA D.C (Municipio/Distrito)	BOGOTA D.C (Departamento)

VIGILADO Supersalud

28

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [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 el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [x] 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad				X					1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

- 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 esté 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 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 subsidiado o un cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando en el novedad como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS o cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen excepción 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 de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador.

La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero será 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 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 datos complementanos 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 acreditan 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 anexa.
- 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 del 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 complementanos 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 acreditan 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 relacion 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 identiad 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 acreditan 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, manifiesta 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 periodo 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 nuevada 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es trasladado 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 de la cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

CÓDIGO	Motivo para el traslado
1	Por ejercer de la libre elección
2	Cuando el usuario vea inmovilizado 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 presentan 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 efectiva 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 acreditan 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.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará 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 o el 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 que 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 del 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 esté 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 esté 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 esté 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular con o 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 al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el tramite 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 declare la unión marital.

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

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

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

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORTES REYES DAVID** identificado(a) con **CC** número **79.728.460** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de enero de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de marzo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025031019464

Gmail **Jorge A. Jiménez <arq.jorge.jimenez@gmail.com>**

AFILIAR CAFAM CAJA COMPENSACION CC 79.728.460

1 mensaje

Jorge A. Jiménez <arq.jorge.jimenez@gmail.com> 10 de marzo de 2025, 20:35
Para: afilmasiva@cafam.com.co

Cordial Saludo

EMPRESA
ARIN CONSTRUCTORES SAS
NIT: 900464535-4
Dir: KRA 4 N°18-50 OF 607

TRABAJADOR:
NOMBRE: DAVID CORTES REYES

CC: 79.728.460 de BOGOTÁ D.C

FECHA NACIMIENTO: 08 DICIEMBRE DE 1979

DIRECCIÓN: CR 4 N°93-12 SUR VIRREY

CELULAR: 320 7683541

E-mail: davidcortesreyes79@gmail.com

INICIO TRABAJO: 11 DE MARZO DE 2025

SALARIO: $1.423.500

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

EPS:CAPITAL SALUD
AFP: PROTECCIÓN
ARL: POSITIVA
CAJA DE COMPENSACIÓN: CAJA CAFAM

Adjunto
1. PDF cedula de ciudadania

Cordial Saludo,

---

arin constructores s.a.s.
NIT. 900.464.535-4

Arq. Jorge A. Jiménez
Cel. 315 3350771
Of. (571) 3093385
Dir. Carrera 4 No. 18 – 50 Of. 607
Bogotá D.C. - Colombia

© Copyright 2025 **ARIN CONSTRUCTORES S.A.S** Todos los derechos reservados. La información aquí presente es propiedad intelectual de **ARIN CONSTRUCTORES S.A.S** y puede ser de carácter confidencial. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio. No puede ser distribuida, descargada, modificada, reenviada ni utilizada, sin el permiso escrito expreso de **ARIN CONSTRUCTORES S.A.S.**, los diseños aquí contenidos NO pueden ser utilizados para obras, equipos, partes o ubicaciones diferentes a

Clinisur IPS Ltda

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000540531

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ARIN CONSTRUCTORES S.A.S FECHA 08/03/2025 08:51:23

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DAVID CORTES REYES **C.C** 79728460

EDAD 45 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR OBLIGATORIO
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS - VALORACION EN EPS CON NUTRICION / DIETA HIPERCALORICA / SUBIR DE PESO / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SE SUGIERE NO REALIZAR ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO, NO TRABAJOS EN ALTURAS / ALTERACION VISUAL
INGRESAR A SVE VISUAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

INDUCCION Y NOTIFICACION DE PELIGROS AL PERSONAL

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACION	
Obra o Centro de trabajo:	Edificio Cadenas	Nombre del instructor:	Carli Castro Lopez
Ubicación:	Convento Cali Cadenas	Cargo:	Arquitecto
Teléfono:	320 262 34 41	Responsable SST:	ANGELA MARIA CUERVO DE

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada: 7:30 AM

Almuerzo: 1 HORA

Salida: L a V 5:30 SABADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor o trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas o estupefacientes en el sitio
* Presentar de manera inmediata todo tipo de enfermedad o accidente por pequeño que sea al encargado o auxiliar y a la que se con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o hostilidad
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Presentar condiciones de salud excelente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario, deberes, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Respetar la Cumplicidad, energuita y hora energuita
* Se debe tener restricción en el uso del celular con uso limitado.
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reducción de generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos previniendo el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presentan fugas o derrames de aceites
* No afectar o perjudicar los árboles o la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidado previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados, metas frentes a indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al coordinador acerca de sus peligros y riesgos altentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, mantenimiento un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Cumplimiento todo lo referente al Plan de Emergencia contemplados en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de Sistema de gestión de la seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Cumplir, cumplimentar y poner en práctica las Políticas Preventivas de Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas, anillos, pulseras, aretes, etc
* El uso de los EPP Elementos de Protección Personal es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice en cada momento
* Informar oportunamente a empleados y contratista acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar las herramientas de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de alturas.
* Cuando esté lloviendo no se permite trabajar en alturas debiendo presentar los espacios para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo dentro en el plan de capacitación de la empresa
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Las señales para indicar la oportunidad de alguna precaución que puede generar un riesgo en peatones y vehículos.



SEÑAL INFORMATIVA: Son señales que nos proporcionan información en vía.



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición de que no se cumplen las condiciones de seguridad vial, evitar algún tipo de maniobra.



SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

INFORMACION



PROHIBICION



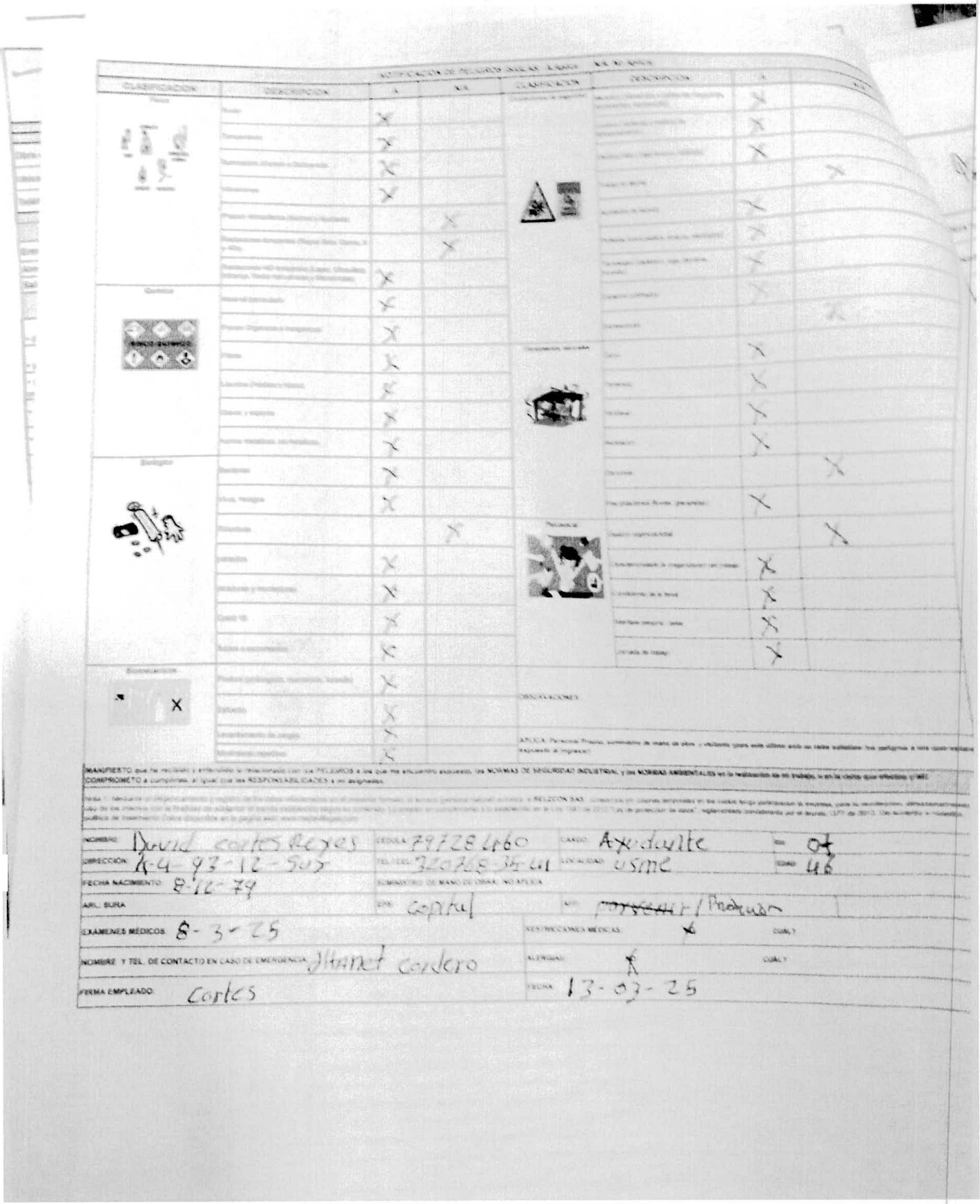
OBLIGACION



POLITICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y cuidar de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito de autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner



IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS SIGAS							
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	A	AA	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	A	AA
Físico	Ruido	X				X	
	Iluminación	X				X	
	Temperatura Extrema (Calor/Frío)	X				X	
	Vibración	X					X
	Fuentes Eléctricas (Alambres y Tomacorrientes)		X			X	
	Radiaciones No Ionizantes (Rayos Solar, Láseres y Otros)		X			X	
	Radiaciones No Ionizantes (Ultravioleta, Infrarroja, Visible, Microondas y Radiofrecuencia)	X				X	
	Manejo de Computador	X				X	
	Posturas Prolongadas e Inadecuadas	X					X
Químico	Polvos	X		Locativo	Caídas	X	
	Humos Metálicos y No Metálicos	X			Golpes	X	
	Gases y Vapores	X			Cortes	X	
	Fibras Vegetales, Minerales	X			Atrapamiento	X	
Biológico	Bacterias	X			Choques		X
	Virus, Hongos	X			Proyección de fluidos, partículas	X	
	Parásitos		X	Mecánico	Caídas de objetos		X
	Picaduras	X			Sobrecarga de trabajo físico	X	
	Mordeduras y Fluidos	X			Condiciones de la tarea	X	
	Fluidos	X			Manejo manual de cargas	X	
	Material Infeccioso	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecánico	Posturas (prolongada, mantenida, forzada)	X					
	Esfuerzo	X		OBSERVACIONES			
	Levantamiento de cargas	X					
	Movimientos repetitivos	X		APLICA: Protección Personal, suministro de madera de pino, y elementos para este utilizan estos en todas actividades que peligrosas a este cargo realizara dispuesto de ingresar.			

MANIFIESTO que he recibido y entendido la información con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, en la cual me comprometo a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Diligenciar en letra legible y registro de los datos solicitados en el presente formato, el número personal asignado a RELECTRON SAS. Nota 2: Para el cumplimiento de la política de tratamiento de datos disponible en la página web: www.relectron.com

NOMBRE: David cortes Reyes	CEDULA: 79728460	CARGO: Ayudante	No.: 01
DIRECCION: K-4-93-12-505	TEL/CEL: 320 215 35 41	LOCALIDAD: usme	TURNO: 46
FECHA NACIMIENTO: 8-12-79	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS: Capital	AFP: [illegible] / Protección	
EXÁMENES MÉDICOS: 8-3-25	RESTRICCIONES MEDICAS: X	CUAL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Jhanet Cordero	ALERGIAS: X	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO: Cortes	FECHA: 13-03-25		

Powered by CamScanner

EVALUACION A INDUCCION DEL PERSONAL

	Capataz cañazas	Fecha	13-07-25
	David Castro Reyes	Cargo	Aprendiz
	79-728-460	Área	carlos

1. Cite un ejemplo de accidente de trabajo

caida - o cortada ✓

2. Cite un Objetivo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

cumplimiento - EPP ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion - insegura



condicion - insegura



acto inseguro



4. Mencione los elementos de Protección individual utiliza en su labor

casco guantes gafas

5. Mencione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

politica de seguridad

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra

no botar basura no arrojar quimicos en el agua ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

Uno de los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
Se debe realizar inducción y entrenamiento de los Elementos de Protección individual antes de ejecutar labores?	V ✓
Es obligatorio contar inspectores para prevención y atención de emergencias	V ✓
Dentro del factor de Riesgo Físico esta agentes de ruido, temperatura, vibración e iluminación	V ✓
Es aprobado realizar labores sobrecargado bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F ✓

8. Conecte la flecha de izquierda a derecha el tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	
2	Señal de Emergencia		5	Señal de Prohibición	
3	Señal informativa		6	Señal informativa	

Criterio de evaluación: El momento de calificar su labor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0.8, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4 Valor calificación 3.5
5 a 7 Valor de la calificación 4.5
preguntas correctas(8) Valor de la calificación 5

Total de: De

CALIFICACION: 60

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá D.C. 13 de 03 del 2025

Señor(a)
Nombre: David Cortes Reyes
Cargo: Ayudante
Ciudad: Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a)

Dando cumplimiento a lo especificado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS, un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELTNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo David Cortes Reyes como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico, exonero a la empresa con NIT 901886664-3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: cortes
Nombre: David
Cédula: 79-728-460

Powered by CamScanner

Bogotá 13 de 03 del 2025

Señor(a): David cortes Rexes
CC.: 79 728 460

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 8-03-25, en su **IPS** Clinisur, como cargo Ayudante se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

control optometria EPS, uso de lentes para laborar obligatoriamente, control medico de rutina EPS, Valoracion en EPS con Nutricion / Dieta, Hipercolonica, subir peso uso de medias de compresion uso de epp en funcion de peligro

FIRMA RESPONSABLE SGSST

cortes
TRABAJADOR

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.219.085
VARGAS GIL

APELLIDOS
CAMPO ELIAS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1963

OTENGA
BETEITIVA (BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

09-SEP-1981 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00133664-M-0007219085-20081204 0007516262A 1 1260034603

03/06/2014 16:35

- Famisanar
- Seguros Bolivar

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CAMPO ELIAS VARGAS GIL** identificado con **CC** No. **7219085**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ARIN CONSTRUCTORES SAS - NI. 900464535	**Fecha de inicio de cobertura :** 29/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020725997.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

Gmail

Jorge A. Jiménez <arq.jorge.jimenez@gmail.com>

AFILIAR CAJA CAFAM CC: 7.219.085; 80.146.081 y 1.045.678.681

1 mensaje

Jorge A. Jiménez <arq.jorge.jimenez@gmail.com>
Para: afilmasiva@cafam.com.co

28 de octubre de 2024, 16:27

EMPRESA ARIN CONSTRUCTORES SAS

ARIN CONSTRUCTORES SAS
NIT: 900.464.535 -4
Cel : 3153350771
Dir: Cr 4 18 50 of 607 Bogotá D.C
E-mail arq.jorge.jimenez@gmail.com

ASUNTO: AFILIAR CAJA CAFAM CC: 7.219.085; 80.146.081 y 1.045.678.681

Información empleado 1

Nombre:	CAMPO ELIAS VARGAS GIL
CC:	7.219.085
EPS:	SALUD TOTAL
AFP:	PROTECCIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN	CAFAM
ARL:	POSITIVA RIESGO 5
CEL:	3107560014
DIR:	KM 6 VIA AL GUAVIO, VEREDA AURORA ALTA LA CALERA
INICIO TRABAJO:	29 OCTUBRE 2024
SALARIO:	$1.300.000
Cargo:	MAESTRO de obra construcción, labor en ciudad Bogota D. C

Información empleado 2

Nombre:	YEISON ANDRES MELO MORENO
CC:	80.146.081
EPS:	famisanar
AFP:	PENSIONADO
CAJA DE COMPENSACIÓN:	CAFAM
ARL:	POSITIVA RIESGO 5
CEL:	3143202854
DIR:	TV 15 B41 51 SOACHA
INICIO TRABAJO:	29 OCTUBRE 2024
SALARIO:	$1.300.000
Cargo:	ayudante de obra de construcción, labor en ciudad Bogota D. C

Información empleado 3

Nombre:	EDINELSON MIRANDA VALDES

A(

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS GIL CAMPO ELIAS** identificado(a) con **CC** número **7.219.085** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

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

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

20250311114406

42

CC:	1.045.678.681
EPS:	FAMISANAR
AFP:	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN:	CAFAM
ARL:	POSITIVA RIESGO 5
CEL:	3207877655
DIR:	CRA 81 BIS # 41F -27 SUR
INICIO TRABAJO:	29 OCTUBRE 2024
SALARIO:	$1.300.000
Cargo:	Ayudante de obra de construcción, labor en ciudad Bogotá D. C

Adjunto
CC: 7.219.085;
CC: 80.146.081 y
CC: 1.045.678.681

Cordial Saludo,

arin constructores s.a.s.
NIT. 900.464.535-4

Arq. Jorge A. Jiménez
Cel. 315 3350771
Of. (571) 3093385
Dir. Carrera 4 No. 18 – 50 Of. 607
Bogotá D.C. - Colombia

© **Copyright 2024 ARIN CONSTRUCTORES S.A.S** Todos los derechos reservados. La información aquí presente es propiedad intelectual de **ARIN CONSTRUCTORES S.A.S** y puede ser de carácter confidencial. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio. No puede ser distribuida, descargada, modificada, reenviada ni utilizada, sin el permiso escrito expreso de **ARIN CONSTRUCTORES S.A.S.**, los diseños aquí contenidos NO pueden ser utilizados para obras, equipos, partes o ubicaciones diferentes a las explicitas en la información contenida en este correo.

Antes de imprimir este mensaje, asegúrate de que es necesario. Proteger el medio ambiente está también en tu mano.

3 adjuntos



cc campos.jpg
102K



CC EDINELSON .jpg
105K

43

Clinisur IPS Ltda.

Régimen: REGIMEN

Nit. 900.148264-9 Codigo del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NUMERO
00005413

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA ARIN CONSTRUCTORES S.A.S FECHA 12/03/2025 18:19:25

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: CAMPO ELIAS VARGAS GIL **C.C** 7219085

EDAD 61 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIOS VARIOS

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Examenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometria	[ ]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Optometria	[ ]	**¿Cuáles?**	
Audiometria	[ ]		
Espirometria	[ ]	Enfasis Osteomuscular	[x]
		Otros	[ ]

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCION PARA EL CARGO [x]
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [ ]

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	[ ]	[ ]	[ ]
RESTRICCION PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	[ ]	[ ]	[ ]

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ / CONTROL POR NUTRICION EPS
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

EXAMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Anderson Y. Gomez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res 3451 C.C 80.796.895

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX 2384303 FAX 2397301Ext
Email: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Powered by CamScanner

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-29
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	cayetano - caiseis	Nobre del trabajador	Campo Elias Ubaque
Ubicación	Cayetano - caiseis	Cargo:	Oficial
Teléfono:	3015600716	Responsable SST:	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	L- V 4:30/ SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehículos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: OBLIGACIÓN: **INFORMACIÓN:** **PROHIBICIÓN:**

NO FUME

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo.
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS Y RIESGOS

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A
	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X
	Iluminacion	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X
	Ventilacion (Gases o Gelificantes)	X			Electrico (alta y baja tension, estatica)	X
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X
	Presion Atmosferica (Normal o Ajustada)		X		Accidentes de transito	X
	Radiaciones ionizantes (Rayos Gama, Gamma X y Alfa		X		Publicos (robos,asaltos, atracos, secuestros)	X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroj, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X
Quimico	Material particulado	X			Espacios confinados	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X			Excavaciones	X
	Humos	X		Fenomenos naturales	Sismo	X
	Gases Vapores y Nieblas	X			Tormenta	X
	Liquidos y Aspersos	X			Inundacion	X
	Fumigantes, no organicos	X			Vendaval	X
Biologico	Bacterias	X			Derrumbe	X
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X
	Parasitos	X		Psicosocial	Gestion organizacional	
	Picaduras y mordeduras	X			Caracteristicas de organizacion del trabajo	X
	Fauna Nociva	X			Condiciones de la tarea	X
	Sangre y fluidos corporales	X			Interfase persona - tarea	X
	Fluidos o excrementos	X			Jornada de trabajo	X
Condiciones de seguridad	Puestos (publicos, nacionales, locales)	X		OBSERVACIONES:		
	Aduana	X				
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe solicitar los peligros a los que		
	Movimiento repetitivo	X		expuesto al ingresar)		

MANIFIESTO que he sido informado/a de manera clara sobre los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las **NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL** y las **NORMAS AMBIENTALES** en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas a cabalidad con las RESPONSABILIDADES a mi asignadas

Nota: Autorizo el diligenciamiento y registro de mis datos relacionados en el presente formato, al tercero (persona natural) autorizo a **BELZCON SAS** (consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento, uso, circulacion, supresion, procesamiento, compilacion, intercambio, transferencia y transmision de datos personales) para que de manera directa o a través de terceros conozca, almacene y procese toda la información suministrada en el presente formato o en la hoja de vida, en el momento que considere necesario y de la forma que estime conveniente. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento de datos que se encuentra en la página web www.belzcon.com

NOMBRE: Pedro Elias Vega	CEDULA: 72190825	CARGO: Oficial	RH: O+
DIRECCION:	TEL / CEL:	LOCALIDAD:	EDAD:
FECHA NACIMIENTO: 1 Junio de 83	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: Sura	EPS: Sanitas	AFP:	
CARGO MEDICO: 1 de enero del 2025	RESTRICCIONES MEDICAS: NO	CUAL?	
NOMBRE Y TEL DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Barbara Tapias	ALERGIAS: NO	CUAL? 3204847926	
FIRMA TRABAJADOR: Pedro Vega	FECHA: 7 Octubre 2025		

Powered by CamScanner

EVALUACION A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CBZC-FR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	Cayetano Caicedo	Fecha:	12 marzo 2025
Nombre:	Campos Usgar	Cargo:	oficial
Cedula:	7210285	Firma:	Campos U.

1. De un ejemplo de accidente de trabajo

machucones caida ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo

dotacion completa ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura ✓



insegura



insegura ✓



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor

casco guantes gafas botas pantalon ✓

5. Mensione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

estar capacitado bien

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra

no basura - agua del agua ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F ✓

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0.6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De
Total de

CALIFICACIÓN: 4.8

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá D.C 12 de 03 del 2025

Señor(a)
Nombre: Campo Eliecer Castro
Cargo: Oficial
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Campo Eliecer Castro como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Campo Eliecer Castro
Nombre: Campo Eliecer Castro
Cédula: 7219085

Powered by CamScanner

Bogotá 13 de 03 del 2025

Señor(a): Laura Cecilia Ortiz
CC.: 1121908505

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 12 marzo, en su **IPS** Colmisur, como cargo Oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (x)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Uso de medias antiembolicas control de Natricion por eps control medico eps
uso de epp en funcion del peligro para el trabajador se requiere valoracion Audiometria y Visiometria ocupacional.

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Laura Cecilia Ortiz
TRABAJADOR

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

Dando cumplimiento a la NTC 6072:2014 y resolución 4272 del 2021.
Teniendo en cuenta que la empresa Certificados de Alturas y Servicios s.a.s cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 0028 del 2017, Certificación NTC 6072: 2014 No CO22.00107 del 2023 expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA, acreditado ONAC 09-CPR-008, registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código COR08SE2018220000000025133.

CERTIFICA QUE:

CAMPO ELIAS VARGAS GIL

Identificado(a) con: 7219085
Empleador: ARIN CONSTRUCTORES S.A.S
NIT: 900464535
Representate Legal: JORGE ANDRES JIMENEZ SALAZAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel

TRABAJADOR AUTORIZADO: REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Durante los días 29-10-2024 al 29-10-2024 con una intensidad de 8 horas.
Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá
El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 29 del mes de octubre del año 2024
Código de Registro No CAS-4272-1531

Dimas Salomón Quintero Chasqui
Representante Legal
Nit: 900.992.376-4

Doly Lucero Quintero Chasqui
Entrenador para Trabajo en Alturas
LSO No RES. 25-0683 del 2019

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: al Correo electrónico TRABAJOSEGUROENALTURAS.C@GMAIL.COM, Celular: 314 452 3262, teléfono fijo 522 3101; Con el código CAS-4272-1531o el respectivo número de identificación . UBICADOS EN LA CRA 19B No 24 58 sur barrio Olaya Bogotá www.certificadosenalturas.com

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., marzo 11 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que CAMPO ELIAS VARGAS GIL, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 7219085, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS SAS
ENTRENADOR: DOLY LUCERO QUINTERO CHASQUI
SEDE DONDE SE FORMÓ: CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS SAS
EMPLEADOR: ARIN CONSTRUCTORES S.A.S
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: POSITIVA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/10/2024 a 29/10/2024
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día marzo 11 de 2025

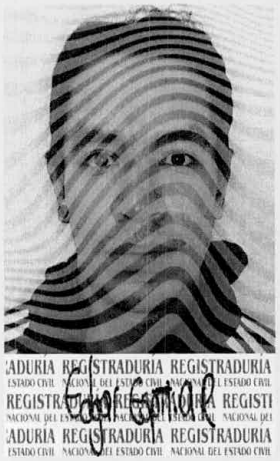
51

REPÚBLICA DE COLOMBIA

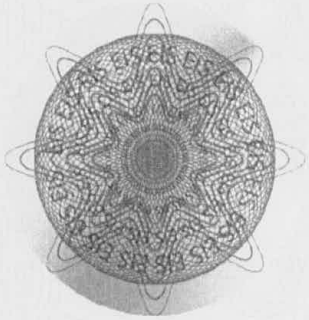
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.018.462.151



APELLIDOS / NOMBRES
ESPITIA ROJAS
EDGAR

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
19-SEP-1993
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-SEP-2011

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - CHAPINERO BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - CHAPINERO BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 25-AGO-2025

8514607563
25-FEB-2025

ARL | sura

Medellín, 03 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1018462151	ESPITIA ROJAS EDGAR	04/02/2025		142A1592	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2025 07:47:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.195, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

184537171

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectivo | Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional | D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Espitia | Segundo Apellido: Rojas | Primer Nombre: Edgar | Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC X | PA | SC
8. Número del documento de identidad: 1018462151
9. Sexo: Femenino | Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 19/09/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1800000
18. Residencia
Dirección: Carrera 14 t # 74 D 07 sur
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3105384127
Correo Electrónico: edesro@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogota
Zona: Urbana | Rural X
Localidad / Comuna:
Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

24. Apellidos y nombres

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
05 FEB 2023
RECIBIDO POR:

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a 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
C: Centro Medico Zona Inn
B
B
B

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

OFIX [illegible] 1000464458 Sep 23572

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

Powered by CamScanner

54

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

184537171

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia X | B. Colectiva | D. De Oficio | Beneficiario o Afiliado adicional | C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Espitia | Segundo Apellido: Rojas | Primer Nombre: Edgar | Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número del documento de identidad: 1018462151
9. Sexo: Femenino | Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 19 09 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1800000
18. Residencia
Dirección: Carrera 14 t # 74 D 07 sur | Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3105384127 | Correo Electrónico: edesrc@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogota | Zona: Urbana X | Rural | Localidad / Comuna | Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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	Condición	32. Datos de Residencia Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Teléfono y dirección	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: Centro Medico Zona Inn
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B
B
B

OFIX

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

Powered by CamScanner

55

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Balero Sas	NIT X CE D CC PA CD	900608293	

39. Ubicación

Dirección: Carrera 27 # 71B 03 — Teléfono fijo:

Correo Electrónico: baleromsas@gmail.com — Municipio / Código: 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
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

C. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino		03 01 2025

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

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas 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

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante de [illegible] institución o de oficio
Edgar Espitia R.	Balero NIT: 900608293-7

D. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad	TOTAL
[ ]	56. Anexo copia del documento de identidad										
[ ]	57. Copia del dictamen de invalidez 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 sentencia, auto 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 mismos										
[ ]	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 que ordene la afiliación de oficio										

E. 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 del documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones

Recuerde que con la firma del formulario se autoriza la verificación de la información registrada y de las declaraciones consignadas en el mismo.

Doc. identificación y nombre del Funcionario Corrector	Sello de Radicación	Observaciones
Orange Seguros Ltda Nit 901057703		

Powered by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-29

Nombres y apellidos: EDGAR ESPITIA ROJAS
Fecha de nacimiento: 19/09/1993
Empresa: BALERCO S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AUXILIAR DE BODEGA

CC: 1018462151
Edad: 31 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-29 / 09:11:20
Fecha salida: 2025-01-29 / 12:34:19



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Fabio David Santoya Carrillo
Médico Especialista en SST
Licencia No. 17107 de 30/04/2014

FABIO DAVID SANTOYA CARRILLO
RM: 1095817652
Firma y sello del médico

Edgar Espitia R.

EDGAR ESPITIA ROJAS
CC: 1018462151
Firma del paciente

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo	Parque de los Niños	Nombre del trabajador	Edgar Espitia R.
Ubicación	Parque de los Niños	Cargo	Ayudante
Teléfono	310 538 9127	Responsable SST	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	1 - 4 DE SABADO 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- Ingresar y trabajar en estado de embriaguez
- Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- Portar de manera ostentosa todo tipo de armas no autorizadas por personas fuera de la ley
- Respetar la salud y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
- Prohibidos los juegos, rifas o maltrato
- Reportar los accidentes de trabajo e incidentes
- Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- Reportar las Condiciones Inseguras y Actos Inseguros
- Se debe tener restricción en el uso del celular con uso limitado
- Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

- Utilizar de manera adecuada los baños
- Se evita la extracción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- Para evitar la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas colindantes al proyecto
- Al cuidar el Medio Ambiente estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- Cerrar las llaves de paso de agua si no se utilizan
- Consumir los recursos necesarios evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- El trabajar con seguridad es un beneficio mutuo
- El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- Su familia siempre lo espera en casa
- El autocuidado previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

- Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
- Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
- Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
- Cuando esté llovendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehículos

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: INFORMACIÓN PROHIBICION. OBLIGACION

NO FUME

POLÍTICAS SST

- Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
- Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (MAL AS: A Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (luxes) - deficiente	X	
	Vibraciones	X	
	Presiones anormales (Normal - Atipicas)		X
	Radiaciones ionizantes (Rayos X, Gama y otras)		X
	Radiaciones no ionizantes (Laser, Ultravioleta, Visible, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químico	Polvos orgánicos e	X	
	Fibras	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocios)	X	
	Gases y vapores	X	
	Fumigos metálicos y no metálicos	X	
Biológico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Ricketsias		X
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Lluvia	X	
	Fluidos y excrementos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecánicos y electricos (partes de maquinas, herramientas, equipos etc)	X	
	Locativos (caidas a mismo nivel, estructural)	X	
	Tecnológicos (caida a hoja de nivel, estructural)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Públicos (robos asaltos, atracos, amenazas)	X	
	Tecnológicos (explosión, fuga, derrame incendio)	X	
	Espacios confinados		X
	Excavaciones	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundación	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestión organizacional	X	
	Caracteristicas de la organización del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES

APLICA Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe sollalizar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionada con los **PELIGROS** a los que me encuentro expuesto, las **NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL** y las **NORMAS AMBIENTALES** en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las **RESPONSABILIDADES** a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a **BELZCON SAS**., consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos" reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento. Datos disponible en la pagina web: www.mejorviajes.com

NOMBRE: Edgar Capera R	CÉDULA: 1.013.462.737	CARGO: Ayudante	RH: O+
DIRECCIÓN: Cra 14 # 74 D-01 Sur	TEL / CEL: 310 538 4123	LOCALIDAD: Usme	EDAD: 31
FECHA NACIMIENTO: 19/08/93	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS: Sanitas	AFP: ~~Colfondos~~ Porvenir	

EXAMENES MEDICOS: 28/01/2025	RESTRICCIONES MEDICAS: NO CUAL? No
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Cindy Marin 3125152145	ALERGIAS: NO CUAL? No
FIRMA EMPLEADO: Edgar C.	FECHA: 10/03/2025

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CHZC FR SST 09
Versión: 01
PAG 1 de 2

Obra o Centro de trabajo	Parque de los niños	Fecha	10/03/2025
Nombre	Edgar Espitia R.	Cargo	Ayudante
Cedula	1.018 462 151	Firma	Edgar E.

1. De un ejemplo de accidente de trabajo

Una cortada con el Bisturi. ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo

Proteger la Integridad mia y la de las demas. ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condición Insegura



✓

Condición Insegura



Acto Inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor

Guantes, Casco, Botas. ✓

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

Politica seguridad Vial, Politica de seguridad en el trabajo, politica de consumo de Alcohol. ✓

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra

Orden y aseo, cuidado del Agua. ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F ✓

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibicion	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,5, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
De Total de ... Valor de la calificación 5

CALIFICACIÓN: 5,0

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

62

Bogotá, 10 de marzo de 2025

Señor(a):
Nombre: Edgar Eduardo Rojas
Cargo: Auxiliar de obra
Ciudad: Bogotá DC

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado(a) Señor(a):

Cordialmente me permito informarle que de acuerdo a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Medicas Ocupacionales, literal de Egreso, solicitamos por favor diligenciar la orden adjunta para la práctica de su examen medico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después de recibido.

Cordialmente,

PATRICK BELTRAN SALAZAR
Representante Legal
BELZCON SAS

Yo Edgar Eduardo Rojas como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto, me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en este término no me he realizado dicho diagnóstico, exonero a la empresa con NIT 901886663-3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD SC-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Edgar E
Nombre: Edgar Eduardo Rojas
Cédula: 1.018 462 151

Powered by CamScanner

Bogotá 10 de 03 del 2025

Señor(a): Edgar Espitia F.
CC.: 1.018-462.151

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 28/01/25, en su **IPS** Cardiaria, como cargo Auxiliar de obra se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Control medico Anual - Higiene postural
Uso de EPP y pausas Activas
cada dos Horas

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Edgar E.
TRABAJADOR

Powered by CamScanner



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 15.903.052

Apellidos
MERCADO RUA

Nombres
LUIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 MAR 1959

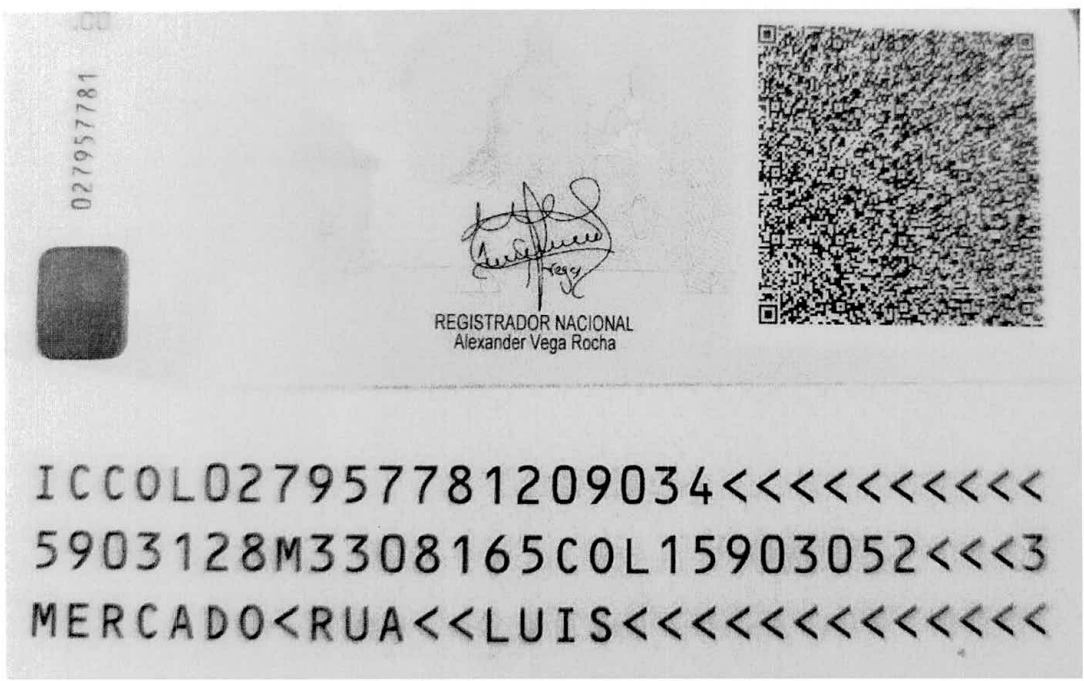
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
EL COPEY (CESAR)

Fecha y lugar de expedición
13 SEPT 1979, CHINCHINA

Firma

Fecha de expiración
16 AGO 2033



027957781

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL027957781209034<<<<<<<<<<<
5903128M3308165COL15903052<<<3
MERCADO<RUA<<LUIS<<<<<<<<<<<<<<

ARL | sura

Medellín, 10 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C15903052	MERCADO RUA LUIS	20/02/2025		f2504313	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072506935984

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/03/2025 09:59:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.147.131.35, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS

Bogotá, 10/03/2025

Señor(a)
LUIS MERCADO RUA
C – 15903052

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014251133
Fecha Radicación: 02/20/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa CONSTRUCCIONES DFL SAS N 900814668, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
LUIS MERCADO RUA	C	03/12/1959	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: Salud Total S.A. E.P.S.
Posible inicio vigencia afiliación: 03/20/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 71 C 53 A 10 SUR CEL 3107907989
Dirección Laboral: CR 71 C 53 A 10 SUR CEL 3107907989
Fondo de Pensiones: 3
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 02/19/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) DIEGO MAURICIO RODRIGUEZ VARGAS Código: N128, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MERCADO RUA LUIS** identificado(a) con **CC** número **15.903.052** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de agosto de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de marzo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025031010183

68

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MERCADO RUA LUIS** identificado(a) con **CC** número **15.903.052** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de agosto de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de marzo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025031010183

69

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 168939 Fecha Examen: 2025-02-19 Hora: 10:31:05

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 SECTOR: 0
ENT. MISIÓN: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LUIS APELLIDOS: MERCADO RUA
IDENTIFICACIÓN: 15903052 FECHA DE NACIMIENTO: 12 de Marzo de 1959 EDAD: 65
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Audiometria, Glicemia En Ayunas, Perfil Lipidico, Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Cuadro Hematico (hemograma), Visiometria, Espirometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Restricciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: No
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

INDICACIONES MEDICAS

-CONTROL POR EPS EN CASO DE REQUERIR
Temporabilidad (meses): 3

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Programa de Protección Respiratoria

1) Dejar de Fumar 2) Espirometria Anual 3) Realizar Actividad Física 4) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Educación en higiene visual 3) Pausa activa visual 4) Uso de corrección optica permanente. 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-

MARIA JIMENA STEFANEL ORJUELA
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Rg No. 1020820596
Resolución - Lic No. 19872 DE 30/09/2024



Atendido por: STEFANEL ORJUELA MARIA JIMENA
Registro Médico: 1020820596
Licencia S.O.: 19872 DE 30/09/2024

Paciente: MERCADO RUA LUIS
Identificación: 15903052

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CÓDIGO: FR-SST-78
Versión: 01
PAG: 1 de 2
2024/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

Obra o Centro de trabajo	Parque de los niños
Ubicación	Bogotá
Teléfono	321 671 1866

ORGANIZACIÓN

Nobre del trabajador	Luis Mercado
Cargo	Ayudante
Responsable SST	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS 321 671 1866

Entrada	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	LUNES A SABADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o soborno por personas fuera de la ley manteniendo la lealdad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
- Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
- Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
- Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
- Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

- Utilizar de manera adecuada los baños
- Se evita la extincion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas aledañas al proyecto
- Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- Trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
- Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- La familia siempre lo espera en casa
- Cuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- *Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- * Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- * No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- * El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- * Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- * Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- * Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
- * Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soprtes para su respectivo seguimiento
- *Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- *Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: **OBLIGACION.**
INFORMACIÓN: **PROHIBICION:**

NO FUME

OBJETIVOS DEL SG - SST

- as politicas y el Plan de trabajo de la empresa
- los objetivos trazados unas metas e indicadores
- normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el a empresa
- ortunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al integridad física
- do lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

- *Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- *Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- *Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
- * Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- *Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (RIESGOS) A Aplica N/A No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
		X	
		X	
		X	
		X	
			X
			X
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
			X
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CRZC-FR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2

...a o Centro de trabajo	Fundación de los Andes	Fecha	19 de 05 25
Nombre	Jhon Mercado	Cargo	Auxiliante
Firma	1.143.852	Firma	Jhon Mercado

1. Dar un ejemplo de accidente de trabajo

Caida ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo

Prevenir la salud ✓

Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

	Condición Insegura ✓	Acto Inseguro ✓
		

...ensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor

...ros ✓ Gafas botas ✓

...ensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

...al de Alcohol P.S.S.T ✓

...bre dos normas ambientales aplicables a obra

...basura, ruido y fauna

...nda falso (F) o verdadero (V)

...os objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
...realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
...brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V ✓
...actor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
...realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
...lizar actividades con herramientas en mal estado?	F ✓

...echa de acuerdo al tipo de señal que identifique

...ñal Preventiva	✓	4	Señal regalamentaria	NO FUME
...al de Obligatoriedad	✓	5	Señal de Prohibición	
...l Informativa	✓	6	Señal Informativa	

...n: *Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores*. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los

CALIFICACIÓN: 4,8

Powered by CamScanner



c 10 de 03 del 2025

Luis Mercado
Asesor
Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

lo Señor (a):

mplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas nales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional

en es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización imen después del retiro.

e,

BELZNER SALAZAR
egal

Icado como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me ealizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si ne he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 idad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por tes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución -4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

Powered by CamScanner



Bogotá [illegible] de 2025

Señor(a) [illegible]
CC [illegible]

Asunto: NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON II** se permite notificar las recomendaciones medicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen medico de **INGRESO**, realizado el dia 10-02-25, en su **IPS** [illegible], como cargo [illegible] se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboracion y el estricto cumplimiento de lo anteriormente solicitado y de la implementacion del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Control auditivo en 1 año protección auditiva descuerda con la exposición a ruido Control auditivo Optometria Deja de fumar. Espirometria Anual Realizar Actividad Física, uso de Elementos protección personal adecuada iluminación del puesto trabajo

RESPONSABLE SGSST

[illegible]
TRABAJADOR

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1996

MONTENEGRO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-OCT-2014 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1507600-01119223-M-1083917804-20191212 00692 81305A 1 1785769967



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.083.917.804

ANGEL MENDEZ

APELLIDOS

JEISON JACOB

NOMBRES

FIRMA

ARL | sura

Medellín, 22 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000070 CONSTRUCCION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1083917804	ANGEL MENDEZ JEISON JACOB	23/01/2025		20219923	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/01/2025 12:10:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.157.184.4, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9011715431

9011715431

No. de Radicación 28787388

Fecha de Radicación 23 01 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres				
ANGEL	MENDEZ	JEISON	JACOB	
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	1083917804	Femenino [ ] Masculino [X]	30 07 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento	

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número 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		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
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		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSTRUCCIONES DFL SAS	NT	900814668		
39. Ubicación				
CL 54B S 71B 52	8014189		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	22 01 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma del representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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 la 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	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

78

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEISON JACOB ANGEL MENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.917.804**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 22 de Enero de 2025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1083917804
Nombres y Apellidos	JEISON JACOB ANGEL MENDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 900814588
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES DFL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/1/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	22/1/2025
Cargo	AYUDANTE DE OBRA SOLDADOR
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSTRUCCIONES DFL SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077301 o a la Línea nacional: 01 8000 95 7070

ISO 9001

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

80

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 164169 Fecha Examen: 2025-01-10 Hora: 09:08:42

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 SECTOR: 0
ENT. MISIÓN: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JEISON JACOB APELLIDOS: ANGEL MENDEZ
IDENTIFICACIÓN: 1083917804 FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Octubre de 1996 EDAD: 28
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA EPS: EPS FAMISANAR LTDA AFP: Porvenir

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Audiometria, Glicemia En Ayunas, Perfil Lipidico, Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Cuadro Hematico (hemograma), Visiometria, Espirometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Control de exposición a ruido en la fuente 3) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 4) Reposo auditivo extralaboral 5) Uso de Protección Auditiva

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometria Anual 2) Realizar Actividad Física 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.
-DIETA BAJA EN GRASA Y AZUCARES, PERDER PESO DE LA MANO DE NUTRICIONISTA DE EPS, REALIZAR EJERCICIO MINIMO 3 HORAS SEMANALES
LABORATORIOS ALTERADOS SE RECOMIENDA VALORACION MEDICA EPS

Sandra Quiñones

SANDRA LILIANA QUIÑONES ROBLES
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Rg No. 1083004822
Licencia No. 3428 DE 25 AGOSTO DE 2023



Jeison Angel

Atendido por: QUIÑONES ROBLES SANDRA LILIANA
Registro Médico: 1083004822
Licencia S.O.: 3428 DE 25 AGOSTO DE 2023

Paciente: ANGEL MENDEZ JEISON JACOB
Identificación: 1083917804

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- [illegible] consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- [illegible] consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- [illegible] de manera inmediata todo tipo de amenazas o violencia por personas fuera de la [illegible] la facilidad y de buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
- [illegible] todos los peligros, riesgos o modificarlos
- [illegible] en los accidentes de trabajo e incidentes
- [illegible] condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- [illegible] horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- [illegible] Condiciones Inseguras y Actos inseguros
- [illegible] cualquier restricción en el uso del celular, con uso limitado.
- [illegible] divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

- [illegible] manera adecuada los baños
- [illegible] destrucción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- [illegible] la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas [illegible]
- [illegible] Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- [illegible] sustancias químicas en la red de alcantarillado
- [illegible] áreas para evitar emisión de material particulado
- [illegible] se presenten fugas o derrames de aceites
- [illegible] talar los árboles ni la vegetación
- [illegible] el paso de agua, si no se utilizan
- [illegible] los necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- [illegible] dad, es un beneficio mutuo
- [illegible] y la Salud es Vida
- [illegible] era en casa
- [illegible] y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- [illegible] información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- [illegible] las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el Trabajo
- No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- Aplicar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- Obligatorio el uso del arnés y línea de vida cuando se desarrollen trabajos de Altura
- Cuando está lloviendo no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibicion ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: **OBLIGACIÓN.**
INFORMACIÓN: **PROHIBICION:**

NO FUME

OBJETIVOS DEL SG - SST	POLÍTICAS SST
de trabajo de la empresa	*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
unas metas e indicadores	*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el	*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
ador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
ides de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al	* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
Emergencia contemplado en el Proyecto	*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

EVALUACION A INDUCCION DEL PERSONAL







4. Mencione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor

Casco, botas, gafas, guante

5. Mencione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

Politica Vial, Politica seguridad y salud en el trabajo, Politica de Alcohol

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra

Orden y aseo, Cuidado del entorno

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, calificara en los siguientes rangos.

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De Total de

CALIFICACIÓN: 96

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Señor(a)
Nombre
Cargo
Ciudad

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a)

Cumpliendo lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen despues del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Jeison Angel como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Jeison Angel
Cédula: 1053917804

Powered by CamScanner

Bogotá [illegible] de [illegible] del 2025

Señor(a) [illegible]
CC [illegible]

Asunto NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON II** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día LO, en su **IPS** Pro Trabajar, como cargo Ayudante se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Realizar pausas Activas, mantener estilos de Vida Saludable, adecuada Higienes postural Autocuidado Uso de elementos proteccion Personal Seguingrado de exposicion - Dieta rebaja en Grasa y Azucares

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.419.520

ALONSO PIRACOCA
APELLIDOS

JAIR DAVID
NOMBRES



Jair David Alonso Piracoca
FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-SEP-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45153362-M-1032419520-20061024 07326 06296B 02 215594750

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 15 de January de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1032419520	ALONSO PIRACOCA JAIR DAVID	16/01/2024		20921620	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/01/2024 08:06:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.247.235, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

88

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010722431

9010722431

No. de Radicación: 27265370

Fecha de Radicación: 15 01 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
ALONSO	PIRACOCA	JAIR	DAVID
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	1032419520	Femenino [ ] Masculino [X]	D 04 M 09 A 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$2.500.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Código Municipio	Código Departamento	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
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	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BALERCO SAS	NT	900608293	

39. Ubicación				
CL 71B 27 10	3133330373	Correo electrónico	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono		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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D 15 M 01 A 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o representante legal	Firma del beneficiario mayor de edad o afiliado adicional, o del padre, madre o representante legal del menor

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: CARGO: ASISTENTE DE DIRECTOR	
71. Firma del funcionario			

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

89

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA identificado(a) con CC. 1032419520 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/02/14**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 11 días del mes de 01 del año 2024.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032419520,** se encuentra afiliado/a desde **21/03/2012** 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 11 de enero de 2024.

Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **BALERCO S.A.S**, identificada con **NI** número **900608293**, aportó por **JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA** identificado(a) con **CC** número **1032419520** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 11 - 2024 y 01 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$2,500,000	0.16000	$400,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82229417	02/12/2024	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,500,000	0.06960	$174,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82229417	02/12/2024	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,500,000	0.04000	$100,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82229417	02/12/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$2,500,000	0.04000	$100,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82229417	02/12/2024	Si
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		20	$1,666,667	0.16000	$266,700	$0	$0	Diciembre - 2024	83163970	07/01/2025	Si
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1												X			0		10	$833,334	0.16000	$133,400	$0	$0	Diciembre - 2024	83163970	07/01/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		20	$1,666,667	0.06960	$116,100	$0	$0	Diciembre - 2024	83163970	07/01/2025	Si
14-11	ARL SURA	1												X			0		10	$833,334	0.00000	$0	$0	$0	Diciembre - 2024	83163970	07/01/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		20	$1,666,667	0.04000	$66,700	$0	$0	Diciembre - 2024	83163970	07/01/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1												X			0		10	$833,334	0.04000	$33,400	$0	$0	Diciembre - 2024	83163970	07/01/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		20	$1,666,667	0.04000	$66,700	$0	$0	Enero - 2025	83163970	07/01/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1												X			0		10	$833,334	0.04000	$33,400	$0	$0	Enero - 2025	83163970	07/01/2025	Si

El presente certificado se expide a los **29** días del mes **Enero** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-14

Nombres y apellidos: JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA
Fecha de nacimiento: 04/09/1988
Empresa: BALERCO S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: ASISTENTE DE GERENCIA

CC: 1032419520
Edad: 36 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-14 / 07:52:23
Fecha salida: 2025-01-14 / 09:32:54



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dr. RICARDO MORALES ORDOÑEZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA 4008 DE 2015

RICARDO MORALES ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA
CC: 1032419520
Firma del paciente

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

C-SZC-FR-SST-28
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo	Parque de los Niños	Nobre del trabajador	Jair David Alonso
Ubicación	Parque de los Niños	Cargo	Residente Balerco
Teléfono	3204157385	Responsable SST	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS	
Entrada	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	L. V 4:30 SABADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
*Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
*Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

*Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento
*Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
*Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibicion ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

OBLIGACIÓN

INFORMACIÓN

PROHIBICIÓN

NO FUME

OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLITICAS SST

*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Fisico	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)	X	X
	Radiaciones ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Quimico	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X	
Biologico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Picaduras	X	
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, atentados)	X	
	Tecnologico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados		X
	Excavaciones	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicasde la oraganizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe solializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a **BELZCON SAS**, consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento: Datos disponible en la pagina web: www.mayaviegas.com

NOMBRE: Jair David Alonso	CÉDULA: 1032419520	CARGO: Residente Belcco	RH: A+
DIRECCIÓN: Cra 121 c # 128B-88	TEL / CEL: 3204157385	LOCALIDAD: Suba	EDAD: 36 años
FECHA NACIMIENTO: 04-09-88	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS: Famisanar	AFP: Colpensiones	
EXAMENES MÉDICOS: 14-01-2025	RESTRICCIONES MÉDICAS: NO X	CUAL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Luz Piracoca 3117260069	ALERGIAS: NO X	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO: David Alonso.	FECHA: 10-03-2025		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR SST-09 Versión 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo	Parque de los Niños	Fecha 10-03-25	
Nombre	Jair David Alonso	Cargo Residente Eléctrico	
Cedula	1032419520	Firma: David Alonso	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo
- caida
- cortes
- golpes

2 Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo
- Preservar la salud.
- Utilizar EPP
- Cumplir objetivos de Seguridad

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion Insegura



Condicion Insegura



Acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor
Casco, bota, guantes, gafas, tapaoidos, ropa de trabajo.

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo
Seguridad vial, Seguridad y salud en el trabajo, politica de Alcohol

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra
Orden y Aseo, cuidado de agua.

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos

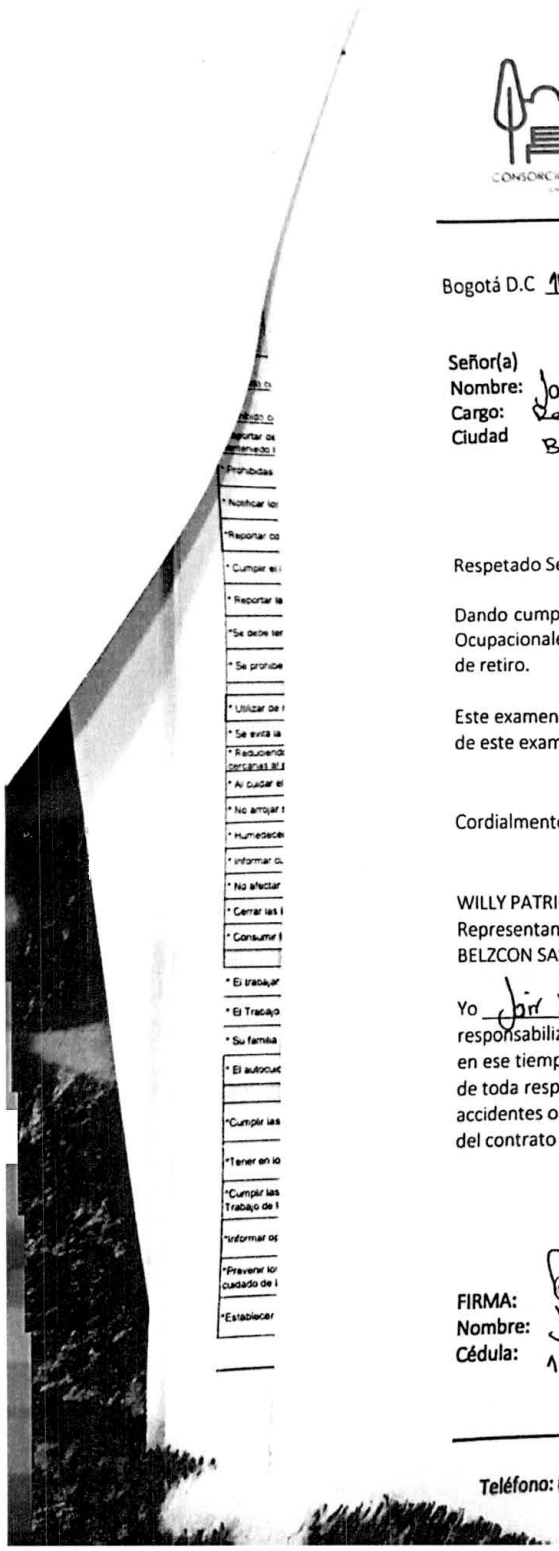
De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de

CALIFICACIÓN: 30

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

96



CONSORCIO

Bogotá D.C 10 - de Marzo del 2025

Señor(a)
Nombre: Joir David Alonso
Cargo: Residente Belzco
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Joir David Alonso. como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: David Alonso
Nombre: Joir David Alonso.
Cédula: 1.032.419.520 bta

Powered by CamScanner

Bogotá 10 de 03 del 2025

Señor(a): Jair David Alonso
CC.: 1.032.419.520 bta

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 14-01-2025, en su **IPS** Cendiatra, como cargo Asistente de Gerencia se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

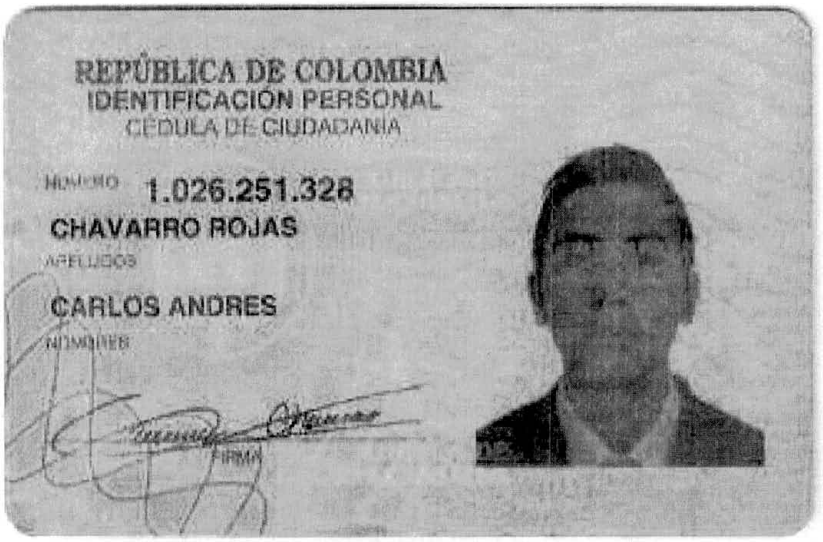
RECOMENDACIONES:

condicion visual control Anual
Higiene postural
pausas Activas
Uso de EPP dependiendo el RIESGO

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.251.328

CHAVARRO ROJAS
APELLIDOS

CARLOS ANDRES
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1986

COTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

18-MAY-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

0084398757A 3 9007201346

99

ARL | sura

Medellín, 11 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO BELZCON IDRD 1.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1026251328	CHAVARRO ROJAS CARLOS ANDRES	12/03/2025		Y0155W47	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/03/2025 15:49:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.163.195, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

100

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**.

CERTIFICA

Que **Carlos Andres Chavarro Rojas**, identificado(a) con **CC** número **1026251328**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026251328
NOMBRES Y APELLIDOS	Carlos Andres Chavarro Rojas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	18/04/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	179 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	221 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	50 semanas
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901351770 EMASIVO SAS Desde 30/08/2021 - Vigente

101

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAVARRO ROJAS CARLOS ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.026.251.328** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el dia 17 de agosto de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 04 de marzo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 28 de Marzo de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1026251328
Nombre	: CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS
Empresa/Contratante	: CONSORCIO BELZCON IDRD 1
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901886663
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/03/12
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/03/12
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Fecha Afiliación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado
GERMAN CHAVARRO RODRIGUEZ	79122561	20250314	PA	A	NO	0,00	--	AF
ANDRES FELIPE CHAVARRO RODRIGUEZ	1023978485	20250312	HI	A	NO	0,00	--	AF

La presente certificación se expide con destino a A Quien Interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró:Portal Compensar

icontec ISO 9001

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

CONDUCCIÓN
Certificado de aptitud: 1026251328-834919

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	07 mar. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS	**Identificación:**	1026251328
Género	MASCULINO **Edad:** 38	**Teléfono**	**Móvil:** 3102294153
Fecha Nacimiento:	18/04/1986	**Cargo:**	CONDUCTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	EPS SANITAS
Dirección	CARRERA 95 A # 133 A - 04	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	BELZCON SAS	**Peso: 82 Talla: 175 IMC: 26.78**	
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	BELZCON SAS		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA O SEGÚN LO REQUIERA.
AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL GAFAS PERMANENTES
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZACION DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR
.APTO PARA .CONDUCIR.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

MD. Jorge Alberto Vargas Castro
R.M. 1354/12 - Especialista SST
Licencia 26 de 04/01/2022

Médico Especialista en Salud Laboral
JORGE ALBERTO VARGAS CASTRO
R.M: 1354 Lic 26/2022



Firma y cédula del Paciente
CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS
1026251328

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

Consecutivo: 1026251328 '-' 834919

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	7/03/2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO		
Paciente:	CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS	**Identificación:**	1026251328		
Género:	MASCULINO **Edad:** 38	**Teléfono:**		**Móvil:**	3102294153
Fecha Nacimiento:	18/04/1986	**Cargo:**	CONDUCTOR		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	EPS SANITAS		
Dirección:	CARRERA 95 A # 133 A - 04	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.		
Empresa:	BELZCON SAS				

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Mediante el presente informe del Examen Médico Ocupacional que le fue realizado por ZONAMEDICA MR SAS - IPS como proveedor de evaluaciones ocupacionales en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, hacemos entrega de las Recomendaciones y Remisiones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

Restricciones

NO

Remisiones

NO

Recomendaciones por especialidad

PSICOSENSOMETRICO	REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA O SEGÚN LO REQUIERA.
AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL GAFAS PERMANENTES
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZACION DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

OBSERVACIONES

Recuerde presentar la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa.

BELZCON SAS

MD. Jorge Alberto Vargas Castro
R.M. 1354/12 - Especialista SST
Licencia 26 de 04/01/2022

JORGE ALBERTO VARGAS CASTRO R.M: 1354 Lic 26/2022
Médico Especialista en Salud Laboral

Fima encargado SG - SST

Fima recibido trabajador



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1026251328

NOMBRE

CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS

FECHA DE NACIMIENTO
18-04-1986

GRUPO RH
O+

FECHA DE EXPEDICIÓN
26-03-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	26-03-2034	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	07-07-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	07-07-2033	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007278351

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CÓDIGO FR-SST-29
Versión: 01
PÁG. 1 de 1
2024/01/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Corredor FORD	Nobre del trabajador:	Carlos Andres Chuemo Rojas
Ubicación:	Porgues	Cargo:	Conductor
Teléfono:	3102294153	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L-V 4:30 SABADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando este lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

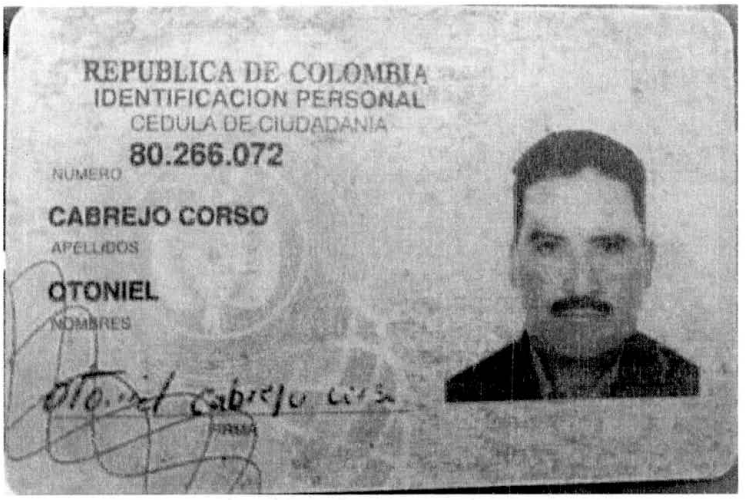
SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: OBLIGACION, INFORMACION, PROHIBICION

NO FUME

POLITICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.266.072
NUMERO
CABREJO CORSO
APELLIDOS
OTONIEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1964
BOAVITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.84 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-JUL-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500111-47151854-M-0080266072-20091026 02925 06299A 02 21435724

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) OTONIEL CABREJO CORZO identificado(a) con CC número 80266072 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	OUTSOURCING ESPECIALIZADO M&P S.A.S.		
N° Identificación:	901856412		
Centro de trabajo:	Riesgo V 5439001 Tarifa 6.960%	Sueldo básico:	$ 1.423.500
Inicio de cobertura:	07/03/2025	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

jueves, 6 de marzo de 2025 a las 05:05 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00015151050002133566.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OTONIEL CABREJO CORSO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80266072,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de enero 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.

770

ASTON MEDICAL IPS SAS
NIT. 901272651
Calle 1 # 6b-10
Cel: 3218627228 E-mail: astonmedicalips@gmail.com
www.astonmedical.com



N° 6,280

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CABREJO CORSO OTONIEL	MASCULINO	60 AÑOS 9 MESES 30 DÍAS	CC Tipo	80266072 Numero
Apellidos y Nombres				

Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: NO APLICA

CUMPLE	APTO PARA EL CARGO QUE POSTULA O DESEMPEÑA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO. CONTINUAR CONTROL HIPERTENSION CONTROL DIETARIO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN

R. M.: 25-862/2004 L.S.O.: 25-3820/2013

Código de Seguridad: K1094Q1W6280

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CABREJO CORSO OTONIEL

CC: 80266072

PAGOSIMPLE | Informe Histórico . . . .umido

Fecha de Creación del Informe. lunes, 10 de marzo de 2025 11:02:05 AM

Período del informe: Desde el 01 de marzo de 2025 hasta el 31 de marzo de 2025

Pagada 10/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INNOVAR SERVICIOS EMPRESARIALES SAS	**Sucursal**	11001001 JESUS FRANCISCO ROJAS
Documento	NI901656839	**Dirección**	CL 18 #8 - 50
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3225099874
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	PEREIRA	**Departamento**	RISARALDA
Representante Legal	MENESES ALZATE JORGE ELIECER	**Identificación**	CC1087988294

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 80266072	CABREJO CORSO OTONIEL	1071046120	10/03/2025	202502	202503																		30	30	30	30	230301	EPS037	14-29	CCF68	$1.423.500	$1.423.500	$1.423.500	$1	$227.800	$57.000	$7.500	$100	$0	$0	$0	$0	$292.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

Código FR-SST-09	
Versión 01	
Página 1 de 1	
Septiembre 2024	

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		INFORMACIÓN	
Obra o Centro de trabajo	Parque piscinas	Nombre del trabajador	atencal cabrejo
Ubicación	Patio Bonito	Cargo	apicinal
Teléfono		Responsable SST	ANGELICA MARIA DURINO SE

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada	7 00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	L V 4 30 SABADOS 10 30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- * Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- * Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- * Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
- * Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
- * Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- *Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- * Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- * Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
- *Se debe tener restriccion en el uso del celular con uso limitado.
- * Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

- * Utilizar de manera adecuada los baños
- * Se evita la extincion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- * Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
- * Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- * No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- * Humedecer las areas para evitar emision de material particulado
- * Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- * No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetacion
- * Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- * Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- * El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
- * El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- * Su familia siempre lo espera en casa
- * El autocuidarse previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

- *Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
- *Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- *Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- *Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
- *Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- *Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- * Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- * No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- * El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- * Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- * Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- * Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
- * Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- *Participar en las actividades de capacitacion en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitacion del
- *Las areas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA. Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA. Son aquellas que nos proporcionan información en las vías.

SEÑAL REGLAMENTARIA. Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:

NO FUME

POLITICAS SST

- *Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- *Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- *Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organizacion en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
- * Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- *Promover el habito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A Aplica N/A No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
		X	
		X	
		X	
		X	
			X
			X
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
			X
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (estructuras y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tensión, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos (robos, asaltos, atracos, secuestros)	X	
	Tecnologicos (explosion, fuga, derrame incendio)	X	
	Espacios confinados		X
	Electricos	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional		X
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES.

APLICA. Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara espuesto al ingresar)

...PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectue y ME ... RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

... BELZCON SAS ... Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra

	CEDULA 80266072	CARGO. Oficial.	RH. A
	TEL / CEL 3132146936	LOCALIDAD. patio Bonito	EDAD. 60. años
	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA NO APLICA		
	EPS Nueva EPS	ARP Proteccion	
	RESTRICCIONES MEDICAS.	NO	CUÁL?
	ALERGIAS	NO	CUÁL?
	FECHA 07-03-25		

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CÓD: FR-SST-09
Versión: 01
PÁG: 1 de 1

Obra o Centro de trabajo	Piscinas	Fecha	01-03-25
Nombre	Oscar Cabrejo	Cargo	oficial
Cedula	80266072	Firma	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo
Cortada con una pulidora

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo
Utilizar los EPPS necesarios

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion insegura



Condicion insegura



acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor Casco tapa oidos botas Gafas de seguridad. guantes

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo
Politica seguridad Vial

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra
ahorrar agua cuidar los arboles

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva	V	4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad	V	5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores Por cada respuesta correcta se recibe un valor de **0,6**, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 **5 a 7: Valor de la calificación 4,5.** **preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5**	**CALIFICACIÓN:** 4.5 **FIRMA RESPONSABLE SST:**

Powered by CamScanner

Bogotá D.C 07 - de 03 del 2025

Señor(a)
Nombre: otoniel cabrejo
Cargo: oficial
Ciudad Bogota.

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo otoniel cabrejo corso como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: otoniel cabrejo
1 cabrejo

Powered by CamScanner

CONSORCIO

Bogotá 07 de 03 del 2025

Señor(a): otoniel cabrejo
CC.: 8026072.

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 15 01 25, en su **IPS** ostonatural, como cargo Oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

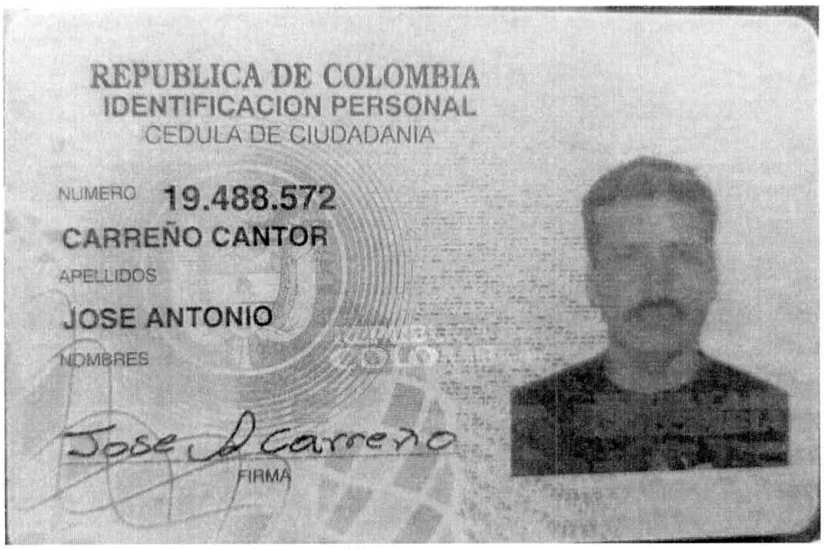
RECOMENDACIONES:

Continuar manejo medico - continuar control Hipertension control Diabetes - uso de EPP - Habitos saludables - control de peso - Dieta Balanceada

FIRMA RESPONSABLE SGSST

otoniel cabrejo corso
TRABAJADOR

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.488.572

CARREÑO CANTOR

APELLIDOS

JOSE ANTONIO

NOMBRES

Jose A Carreño

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1962

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

20-NOV-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00179833-M-0019488572-20090919

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE ANTONIO CARREÑO CANTOR** identificado con **CC** No. **19488572**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS - NI. 901760380	**Fecha de inicio de cobertura :** 16/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011370184.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

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

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

RA REINICI

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2359

AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: CARREÑO	SEGUNDO APELLIDO: CANTOR	PRIMER NOMBRE: JOSÉ	SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO	
CC - Cédula de Ciuda	19488572		✔

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	✔	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
					13 JUNIO 1962	COLOMBIA	COLOMBIAN

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
BOGOTA	CUNDINAMARCA	CENTRO POBLADO	3215678457

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		Josecantor13@gmail.com	11565	

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y A	NI - Número Identifi	901760380		DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL		COMPLEMENTO DIRECCIÓN		
	#				CL 22 C NO. 18 B 63	BOGOTA	BOGOTÁ D

				FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
multiserviciosbom	32047155			15 ENE 2025	OPERARIO	OPERADOR	1.423.500

VIGILADO Supersalud

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Jose C	

779

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE CARREÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.488.572**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ASTON MEDICAL IPS SAS

NIT 901272651

Calle 17 # 10

Cel. 3218677208 Email: astonmedicalips@gmail.com

www.ipsastonmedical.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.281

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARREÑO CANTOR JOSE ANTONIO	MASCULINO	62 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC Tipo	19488572 Número

Cargo

OFICIAL DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	APTO PARA EL CARGO QUE POSTULA O DESEMPEÑA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROL DIETARIO CONTROL MARCAPASO PERIODICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las entidades o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de riesgos laborales y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

GUILLERMO ADRIAN

R.M.: 25-3820/2013

Código de Seguridad

G1094M1S6281

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARREÑO CANTOR JOSE ANTONIO

CC: 19488572

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

Obra o Centro de trabajo:	Dos 9ª Divinas
Ubicación:	Daza Benito
Teléfono:	301 459 6600
Nombre del trabajador:	Yeferson Antonio Cancino Oscial
Cargo:	
Responsable SST:	

HORARIOS

Ordinario	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	4 A 5:00 DEPENDIENDO TIPO DE OBRA

PROHIBICIONES Y PROMOCIONES EN SITIO DE TRABAJO

- Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- Reportar de manera inmediata todo tipo de enfermedad o accidente por pequeñas fuera de la de mantenimiento o trabajo y la fuente de con las actividades ejecutadas en el proyecto
- Prohibidas las peleas, riñas o multitudes
- Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- Cumplir el horario laboral, reglamentos, practicas y procedimientos de la empresa
- Reportar las Condiciones inseguras y Actos inseguros
- Se hace serias restricción en el uso del celular con usos similares
- Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

- Utilizar de manera adecuada los baños
- Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
- Al cuidar el Medio Ambiente, estamos previniendo el Planeta para nuestros hijos
- No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- Informar cuando se presentan fugas o derrames de aceites
- No alterar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- Cerrar las llaves de paso de agua si no se utilizan
- Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- El trabajar con seguridad es un beneficio mutuo
- El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- Su familia siempre lo espera en casa
- El autocuidado previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- Hacer uso mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- Obligatorio el uso del arnés y línea de vida cuando se desarrollen trabajos de Altura
- Cuando esté lloviendo no se permite trabajar en alturas debiendo presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA. Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condición que puede generar un riesgo en peatones o vehículos

SEÑAL INFORMATIVA. Son aquellas que nos proporcionan información en las vías.

SEÑAL REGLAMENTARIA. Es utilizada para indicar prohibición en que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algún tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

INFORMACIÓN PROHIBICIÓN OBLIGACIÓN

NO FUME

OBJETIVOS DEL SG - SST

- Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
- Lograr en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
- Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLITICAS SST

- Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
- Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	
Físico	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos y partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)	X			Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X	
	Presión Atmosférica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de tránsito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos, robo,asalto, atracos, asonadas	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Quimico	Polvos (Material particulado)	X			Edificios construidos		X
	Fibras	X			Excavaciones	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X		Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Humos	X			Tormentas	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocio)	X			Vendaval	X	
	Gases y vapores	X			Inundacion	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X			Derrumbe	X	
Biologico	Bacterias	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	Virus, Hongos	X		Psicosocial	Gestion organizacional		X
	Parasitos	X			Caracteristicas de organizacion del trabajo	X	
	Picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	Fluidos y excrementos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura prolongada, mantenida, forzada	X		OBSERVACIONES			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA Personal Propio, suministro de mano de obra y materia prima para este ultimo este se debe estabilizar los peligros a los que estara expuesto al ingresar.			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionada con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, y en la visita que efectue y me COMPROMETO a cumplirlas, lo que con las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota: Teniendo en disposicionamiento, registro de los datos relacionados en el presente formato, el artículo persona natural, Ajunca a BELZCON SAS consentirá sin ninguna compensación en los cuales tenga participación la empresa para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de suministrar el tratar estadísticas según su pertinencia. La empresa en cumplimiento a la establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos" reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. Le acuerdo a nuestra política de tratamiento. Datos disponible en la pagina web: www.nacubillegas.com

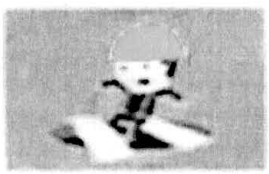
NOMBRE	Jose Antonio Carrizo	CEDULA	1045557?	CARGO	oficial
DIRECCION	cra 7a. 3a-16	TEL / CEL	3016595660	LOCALIDAD	Soacha
FECHA NACIMIENTO	12-ef-2.	SUMINISTRO DE BIANO DE OBRA NO APLICA			
ARL SURA		EPS		AFP	
EXAMENES MEDICOS	27.07.25	RESTRICCIONES MEDICAS		NO	CUAL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	321 4959711	ALERGIAS		NO	CUAL?
FIRMA EMPLEADO	Jose Carrizo	FECHA	07.03.25		

RH: A positivo
EDAD: 62

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL







1 Las señales de seguridad son:		
2 Mencione dos normas ambientales aplicables a obra		
3 Responda falso "F" o verdadero "V"		
a. En caso de accidente de trabajo o enfermedad laboral se debe reportar a la ARL		V
b. Se debe realizar revisión y mantenimiento de los Elementos de Protección individual antes de empezar labores		V
c. La brigada brinda tratamiento para prevención y atención de emergencias		V
d. Dentro de todo riesgo hay agentes de ruido, temperatura, vibración y iluminación		V
e. Es apropiado realizar trabajos actividades bajo el efecto de sustancias psicoactivas o alcohol		F
f. Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado		F

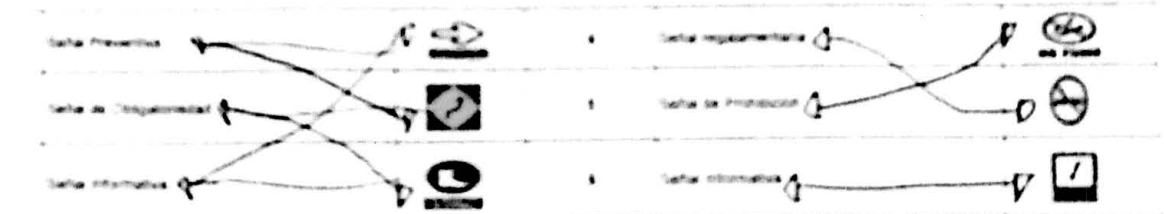
4 Mencione los elementos de Protección individual utilizar en su labor

5 Mencione dos de los Peligros del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

6 Mencione dos normas ambientales aplicables a obra

7 Responda falso "F" o verdadero "V"

8 Conecte a flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique



Criterio de evaluación: al momento de calificar por favor tenga en cuenta los siguientes valores. Por cada respuesta correcta se asigna un valor de 0.5, califique en los siguientes rangos

CALIFICACIÓN

De 1 a 4 Valor calificación 3.0
5 a 7 Valor de la calificación 4.5
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De
Total de

FIRMA RESPONSABLE SST

Powered by CamScanner

Bogota D.C 07 - de 03 del 2025

Señor(a) Jose antonio oficial Bogota
Nombre: Jose Antonio carreño
Cargo: oficial
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Jose Acarreño como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Jose Acarreño
Nombre: Jose Antonio carreño
Cédula: 19488572

Powered by CamScanner

Bogota 07 de 03 del 2025

Señor(a): Jose Antonio Carreño
CC.: 1049556772

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el dia 15 01 2025, en su **IPS** Autonoma, como cargo Oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

continuar manejo Medico control Dislipemia
control macrocitosis monocitica, uso de EPP
Habitos saludables Fortalecimiento muscular
control de peso Dieta Balanceada

Jose Carreño
FIRMA RESPONSABLE SGSST

Jose Carreño
TRABAJADOR

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.012.439.979
SUAREZ ALFEREZ
APELLIDOS
ANDRES DAVID
NOMBRES



Andres David
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

29-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01131777-M-1012439979-20200212 0070061833A 1 9911840124

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANDRES DAVID SUAREZ ALFEREZ** identificado con **CC** No. **1012439979**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS - NI. 901760380	**Fecha de inicio de cobertura :** 27/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012934566.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014290021	2|7|0|2|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
SUAREZ (Primer apellido)	ALFEREZ (Segundo apellido)	ANDRES (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1012439979	Femenino ☐ Masculino ☒	F☐ M☒ T☐ NB☐ Otro☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			1|8|0|8|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Si ☐ No ☒	Categoria Discapacidad

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1423500	

26.Residencia			
DG 30 7C 44 Dirección	Telefono fijo	3213075473 Telefono celular	DAVIDSUAREZ0896@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	57	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia								
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliad adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			

No de Radicacion
4014290021

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|2|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73.☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74.☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 75.☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 76.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Andres Pavid.

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUAREZ ALFEREZ ANDRES DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.012.439.979** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2015 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 27 de febrero de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

20250227144445

130

ASTON MEDICAL IPS SAS
NIT. 901272651
Calle 12 #8-10
Cel. 3214627228 E-mail:astonmedicalips@gmail.com
www.ipsastonmedical.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.830

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

SUAREZ ALFEREZ ANDRES DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	28 AÑOS 6 MESES 9 DIAS	CC Tipo	1012439979 Número

Cargo: OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	APTO PARA EL CARGO QUE POSTULA O DESEMPEÑA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN

R. M.: 25-852/2004 L.S.O.: 25-3820/2013

Código de Seguridad
P1094V1B6830

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SUAREZ ALFEREZ ANDRES DAVID

CC: 1012439979

231

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-29
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo	Pisinas Patio Bonito	Nobre del trabajador	Andres David suarez Alcerpe
Ubicacion	Parque Pisinas	Cargo	oficial
Telefono	3213075473	Responsable SST	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	L-V 4:30, SABADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- * Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- * Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- * Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
- * Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
- * Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- *Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- * Cumplir el horario laboral, reglamentos, politicas y procedimientos de la empresa
- * Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
- *Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.
- * Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

- * Utilizar de manera adecuada los baños
- * Se evita la extincion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- * Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
- * Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- * No arrojar sustancias quimicas en la red de alcantarillado
- * Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- * Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- * No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- * Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- * Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- * El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
- * El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- * Su familia siempre lo espera en casa
- * El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- *Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- * Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- * No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- * El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- * Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- * Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- * Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
- * Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- *Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- *Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN — PROHIBICION: — OBLIGACION



OBJETIVOS DEL SG - SST

- *Cumplir las politicas y el Plan de trabajo de la empresa
- *Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- *Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- *Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
- *Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

- *Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- *Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- *Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
- * Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- *Promover el habito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X	
	Temperaturas	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)	X	
	Vibraciones	X	
	Presión Atmosférica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones No Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químico	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Y otros	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos no metalicos	X	
Biológico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Picaduras	X	
	parasitos	X	
	Mordeduras y mordiscos	X	
	Covid 19	X	
	Fluidos o excrementos	X	
Biomecánicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Trabajos en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, amenazas)	X	
	Tecnologico (explosion, fuga, derrame incendio)		X
	Espacios confinados		X
	Excavaciones		X
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional		X
	Caracteristicasde la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES

APLICA. Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe sollicitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionada con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectue y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a BELZCON SAS, consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de sostener el tramite establecido según su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos" reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.mejueltegas.com

NOMBRE: Andres David SUAREZ	CEDULA: 1026399719	CARGO: oficial	RH: B+
DIRECCION: Hugot de sol SOACHA	TEL / CEL: 3213075473	LOCALIDAD: SOACHA	EDAD: 28
FECHA NACIMIENTO: 28/08/96	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA NO APLICA		
ARL SURA: Positiva	EPS: saludtotal	AFP: Porvenir	
EXAMENES MEDICOS: 21-02-25 TL 3158869602 madre	RESTRICCIONES MEDICAS: X	CUAL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: X	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO: Andres SUAREZ	FECHA: 07-03-25		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CNZC FR SST 09 Versión 01 PAG 1 de 2
Obra o Centro de trabajo	Rivaro Reticulado	Fecha 07-03-25	
Nombre	Andres Sequeda	Cargo oficial	
Cedula	1213042473	Firma Andres	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo

caida de objeto

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo

cumplir las normas de seguridad

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion insegura



Condicion insegura



Acto inseguro



4. Mencione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor casco, gafas, tapa oidos, guantes, botas

5. Mencione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

politicas de salud en el trabajo

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra

ley 1562 resolucion 0312 de 2019

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

*Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibicion	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificacion 4,5
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De Total de

CALIFICACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner



Bogotá D.C. 7 de 3 de 2025

Señor(a) ANDRES DAVID SUAREZ
Nombre Apoyo
Cargo CONDUCTOR
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Apreciado(a) Señor a

Dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 5° Exámenes Médicos Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor presentarse a la IPS a realizar el examen médico ocupacional de retiro.

Este examen se programará para un plazo máximo de cinco (5) días hábiles después de recibir esta comunicación.

Cordialmente,

NATALIA DE LA ROSA CALAZAR
Representante Legal
BELZCON SAS

Yo Andres David Suarez como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, y en este tiempo no me he realizado dicho diagnóstico, exonero a la empresa con NIT 901886566-3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o cualquier índole por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDPC-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDPC

FIRMA: Andres
Nombre: Andres David Suarez Alfaro
Cédula: 1012439979

Powered by CamScanner

Bogotá 01 de 03 del 2025

Señor(a): Andres David Suarez
CC.: 1018439979

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 26-02-2025, en su **IPS** Astromedical, como cargo oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Uso de EPP - Habitos saludables
fortalecimiento muscular - Dieta balanceada

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Andres Suarez
TRABAJADOR

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOM

NUIP 1.032.383.946



Apellidos
MARTINEZ PEREZ

Nombres
JOSE YESID

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	M

Fecha de nacimiento	G.S.
19 MAR 1987	O+

Lugar de nacimiento
PAIME (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 MAR 2005, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
22 NOV 2034

Firma

137

0692661999

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0692661998150O1<<<<<<<<<<<<<
8703190M3411229COL10323839466<6
MARTINEZ<PEREZ<<JOSE<YESID<<<<

ARL | sura

Medellín, 14 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JAMZ ELECTRICOS SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - RIESGO 5 TÉCNICO ELECTRICO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1032383946	MARTINEZ PEREZ JOSE YESID	04/02/2025		I2432222	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10184693462504555414

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/02/2025 15:23:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.111.10.114, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9011774458

9011774458

No. de Radicación: 28878492

Fecha de Radicación: 07 02 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MARTINEZ	Segundo Apellido: PEREZ	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: YESID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1032383946	Femenino [ ] Masculino [X]	19 03 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6	Tipo: Condición:	0		SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$2.300.000	CR 8 6 01 MZ E CASA 1A		NT	3144036614
yesidmartinezpe87@gmail.com	EL ROSAL	Zona Urbana [X] Rural [ ]		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
		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	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
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		

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM EL ROSAL	282
B	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JAMZ ELECTRICOS SAS	NT	901839563	

39. Ubicación				
CL 128 C BIS 94 20	31774770	jamzelectricossas@gmail	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	03 02 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Jose Yesid Martinez.	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: ELECTRICISTA INDUSTRIAL
71. Firma del funcionario		

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

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

PORTEDOC S.A. NIT. 900.413.403 - 8 TEL. (1)604 88 66

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9011774458

9011774458

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

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

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

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

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

Firma del afiliado: Jose Yesid Martinez.

Nombres y Apellidos JOSE YESID MARTINEZ PEREZ

Identificación: CC 1032383946

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI X NO ☐

Firma del afiliado: Jose Yesid Martinez.

Nombres y Apellidos JOSE YESID MARTINEZ PEREZ

Identificación: CC 1032383946

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable debera informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

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

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

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE YESID MARTINEZ PEREZ identificado(a) con CC No. 1032383946, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de JAMZ ELECTRICOS SAS con NIT 9018395635:

- Fecha de afiliación a la Caja: 03/02/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 03/02/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 03/02/2025



SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL COLOMBIANA IPS SOINCO

NIT: 900.435.736-4
Licencia Salud Ocupacional
Resolución 4871 de 07/05/2019
Salud Ocupacional Integral Colombiana S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CERTIFICADO No.	134669	**El Rosal**	2025-02-13 07:53:46
EMPRESA CONTRATANTE:	JAMZ ELECTRICOS SAS JAMZ ELECTRICOS SAS	**CARGO:**	TECNICO ELECTRICO
NOMBRE:	JOSE YESID MARTINEZ PEREZ	**DOCUMENTO No.**	CC 1032383946

SE REALIZA EXAMEN DE: INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMENES		CONCEPTO	OBSERVACIONES
EXAMEN ESPIROMETRIA	RESULTADO	NORMAL	NORMAL
EXAMEN OPTOMETRIA	CONCEPTO	NORMAL	VISIOMETRIA/PERCEPCION DEL COLOR NORMAL
EXAMEN AUDIOMETRIA	DIAGNOSTICO	NORMAL	
GLICEMIA BASAL	OBSERVACIONES	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS)	OBSERVACIONES	NORMAL	

EXAMENES REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	EXAMEN OPTOMETRIA	EXAMEN ESPIROMETRIA
EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS	GLICEMIA BASAL
HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PERFIL LIPIDICO (COLT- CLDL- TGC)

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	Sin Restriccion para la Labor o el cargo
CONCEPTO TRABAJO EN ALTURAS	Sin Restriccion para el Cargo
OBSERVACIONES	-
RECOMENDACIONES	-USO DE EPP -REALIZAR DEPORTES 3 VECES POR SEMANA -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS -DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y ENSALADAS -REALIZAR CAMBIOS POSTURALES CADA 3 HORAS -VALORACION ANUAL POR EPS
RESTRICCIONES	-

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)
OCUPACIONALES

USO DE EPP	HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS	DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS
CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO	

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. Julio Cesar Ortiz Bueno
E.S.O. - Res. 14683 - 12/12/2011
R.M. 68-2204/99



JULIO CESAR ORTIZ
91270727 RM: 14683
Firma y sello del Médico Evaluador

JOSE YESID MARTINEZ PEREZ
CC 1032383946
Firma del trabajador Evaluado

Este certificado esta soportado con la Historia Clinica que reposa en los archivos de la IPS Soinco S.A.S, verificar la AUTENTICIDAD de este documento en los siguientes números PBX 746 44 46

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 # 164-58
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE 2018

N° Certificado

TA-RS-935286566

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de Trabajo
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura a:

JOSE YESID MARTINEZ PEREZ

Con número de identificación 1032383946 vinculado a la empresa JAMZ ELECTRICOS SAS con NIT 901.839.563-5, representada por Jineth Daniela Lozano Diaz y con afiliación a la ARL Sura, asistió y aprobó el curso de formación en:

REENTRENAMIENTO 4272

Con duración de 8 horas

Realizado en Bogotá en la Cr 22 # 164 -58, el día 15 del mes de febrero del año 2025.

Se expide el día 15 de febrero del 2025 en la ciudad de Bogotá.

ENTRENADOR

EDER ARMANDO ORDOÑEZ MANTILLA
LICENCIA EN S.O. RES. 2352 DEL 2020

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC 6072
POR EL ICONTEC CS-CER614515
APROBACIÓN DEL MINISTERIO DE
TRABAJO 08SE2018220000000028172

DELEGADO

LINA MARIA FERNANDEZ
ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S

142

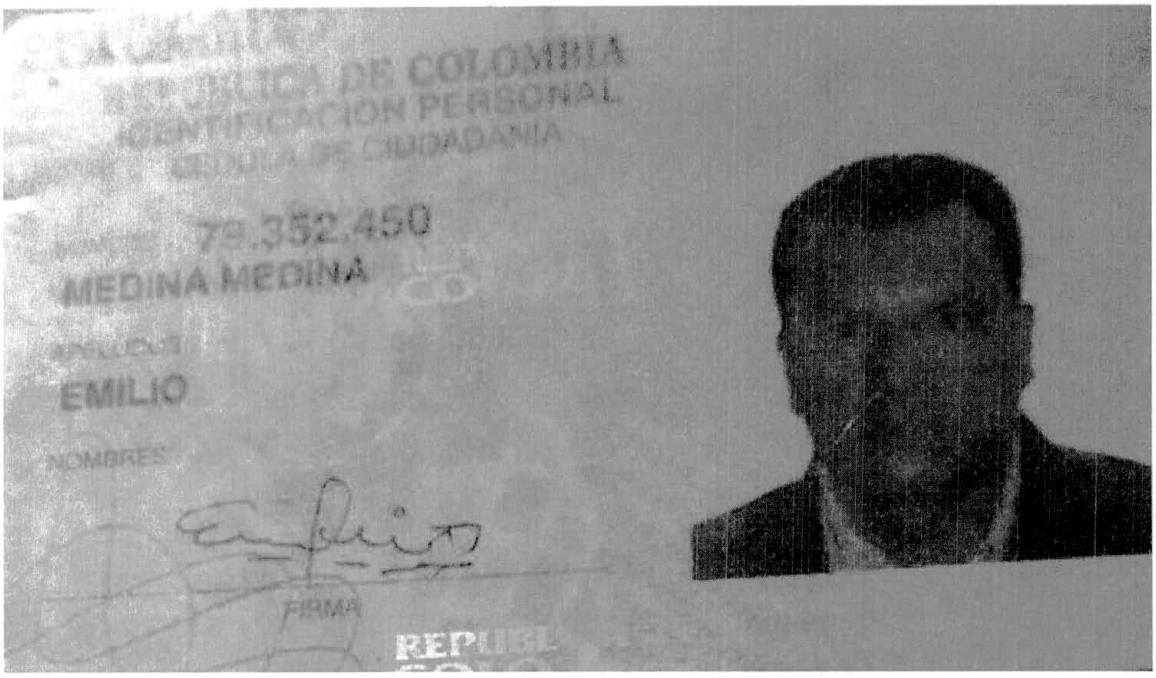


Esta Matrícula Profesional tipo tarjeta acredita a su titular
para ejercer la profesión de Técnico Electricista
en la clasificación de actividades otorgadas al mismo,
de conformidad con la Ley 19 de 1990
y su Decreto Reglamentario 991 de 1991.

Para verificar las Actividades en las cuales puede ejercer el
Técnico Electricista, consultar la respectiva resolución.

El presente documento es personal e intransferible.

Consejo Nacional de Técnicos Electricistas CONTE
contactenos@conte.org.co
(57) 6017451350
Av. Calle 40 A # 13 - 09 piso 9 Edificio UGI
Bogotá D.C., COLOMBIA
www.conte.org.co


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.352.450
MEDINA MEDINA
EMILIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
12-ABR-1965
YACOPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-AGO-1983 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Medellín, 03 de march de 2025

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

CERTIFICA:

Que EMILIO MEDINA MEDINA identificado(a) con cédula de ciudadanía 79352450 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/03/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ROJAS MEDINA JHONY MAURICIO C80209784

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5331401 - MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN ESPECIALIZADA DE EQUIPOS ELÉCTRICOS, INCLUYE EQUIPOS DE DISTRIBUCIÓN, TRANSMISIÓN Y CONTROL DE ENERGÍA, ALMACENAMIENTO ELÉCTRICO, TRANSFORMADORES ELÉCTRICOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - PRINCIPAL BOGOTA

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4.35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4432101 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS, INCLUYE INSTALACIONES DE SISTEMAS DE ILUMINACIÓN, ALARMA, ALUMBRADO DE CALLES Y SEÑALES ELÉCTRICAS, ALUMBRADO DE PISTAS DE AEROPUERTOS, TRASFORMADORES TRABAJOS DE CENTRALES DE ENERGÍA.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4432101 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS, INCLUYE INSTALACIONES DE SISTEMAS DE ILUMINACIÓN, ALARMA, ALUMBRADO DE CALLES Y SEÑALES ELÉCTRICAS, ALUMBRADO DE PISTAS DE AEROPUERTOS, TRASFORMADORES TRABAJOS DE CENTRALES DE ENERGÍA.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4432101

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 03/03/2025 4.33 PM

Dirección IP: 181.236.16.137, 192.230.104.3, 172.16.42.57

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EMILIO MEDINA MEDINA identificado(a) con Cedula Ciudadanía 79352450, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como CONTRATISTA, en calidad de independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250303	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 6 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28116069

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

Vigilado Supersubsidio

746

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EMILIO MEDINA MEDINA** identificado/a con documento de identicad **Cédula de Ciudadanía** número **79352450,** se encuentra afiliado/a desde **23/10/1995** 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 04 de marzo 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.

147

escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	10977
29	1	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

INDEPENDIENTE

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	
EMILIO MEDINA MEDINA	MASCULINO	58	Tipo: CC	Número: 79352450

Ocupacion	Peso	ESTATURA
ELECTRICO	68 KG	1.65

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- PARA ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el pro pósito, 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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.

Aspirante o Trabajador

Firma:

Médico

Firma:

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: 1.075.424.952 L.S.O.: SO 12436

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaría De Salud

TREBOL ALTURAS SAS
NIT 901696937-0

Licencia SST Res. No. 8698 10/07/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación CELAC N° 30.501-1, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 403

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

EMILIO MEDINA MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79352450

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (32) HORAS

Curso realizado en Villavicencio del 17 septiembre 2024 al 20 septiembre 2024, se expide en Villavicencio el 20 septiembre 2024

Ana Silvia Velasquez Cruz
Ana Silvia Velásquez Cruz
REPRESENTANTE LEGAL

YULI URREGO
RES No.8816 04/08/2015

EMPRESA: JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA
REP. JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA
NIT: 80209784
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3158001193
http://www.trebolalturas.com - treboltsa@gmail.com - Dirección: KM 4 Vía Acacias MZ 7 CA 19

149

TREBOL ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

NOMBRE:
EMILIO MEDINA MEDINA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 79352450

EXPEDICIÓN
20 de septiembre de 2024

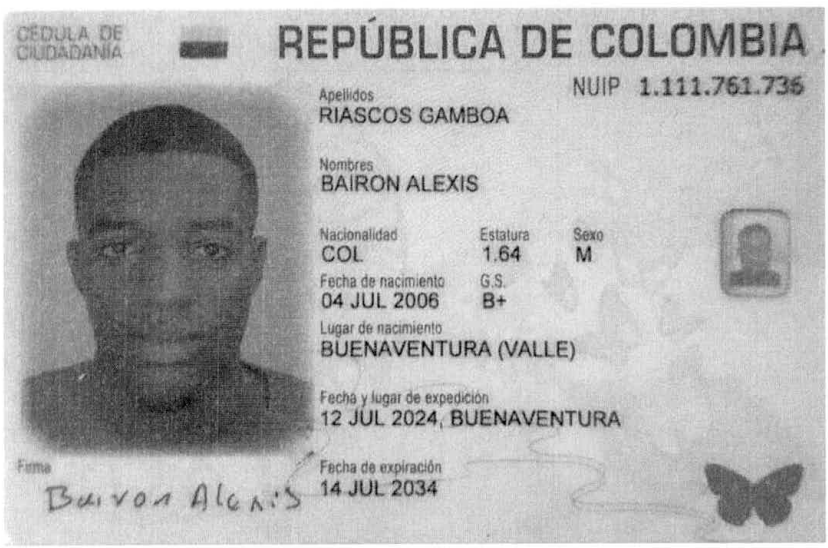
CONSECUTIVO
TSA-403

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3158001193 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.TREBOLALTURAS.COM

Ana Silvia Velasquez Cruz

Ana Silvia Velásquez Cruz
REPRESENTANTE LEGAL

www.trebolalturas.com



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.111.761.736

Apellidos
RIASCOS GAMBOA

Nombres
BAIRON ALEXIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
M

Fecha de nacimiento
04 JUL 2006

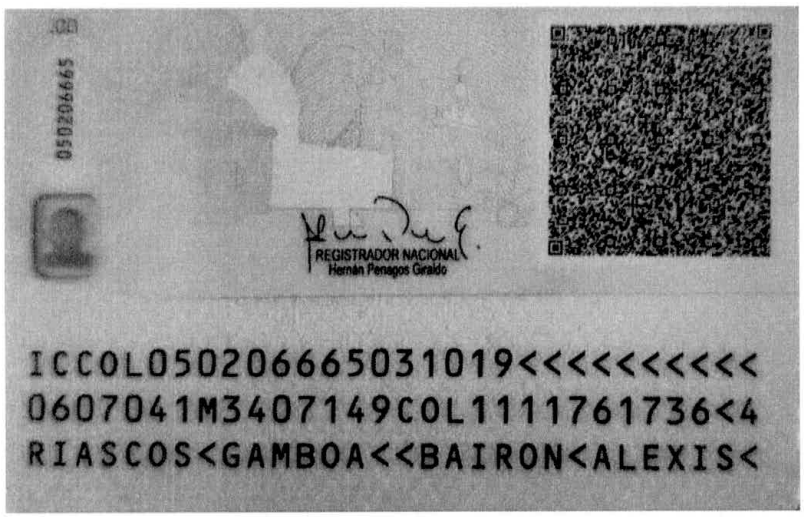
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BUENAVENTURA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
12 JUL 2024, BUENAVENTURA

Fecha de expiración
14 JUL 2034

Firma
Bairon Alexis



050206665

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL050206665031019<<<<<<<<<<
0607041M3407149COL1111761736<4
RIASCOS<GAMBOA<<BAIRON<ALEXIS<

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014374041	1|1|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☒ B.Reporte de Novedades ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
RIASCOS Primer apellido	GAMBOA Segundo apellido	BAIRON Primer nombre	ALEXIS Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1111761736	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	VALLE	BUENAVENTURA		0|4|0|7|2|0|0|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
DG 76 B 75 I 04 SUR Dirección	Telefono fijo	3504398577 Telefono celular	BAIRIONALEXISRIASCO@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	BOSA	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OMR SAS	NIT	901230950	01

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000540316

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 07/03/2025 10:35:43

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: BAIRON ALEXIS RIASCOS GAMBOA **C.C** 1111761736

EDAD 18 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERARIO DE PLANTA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

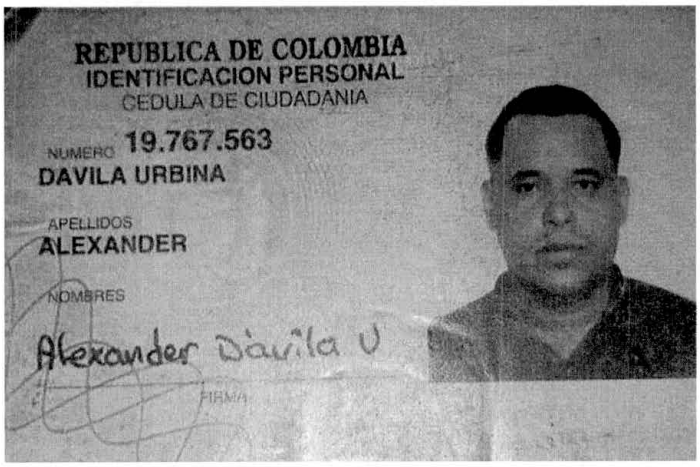
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.767.563
DAVILA URBINA

APELLIDOS
ALEXANDER

NOMBRES
Alexander Davila U

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1981
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

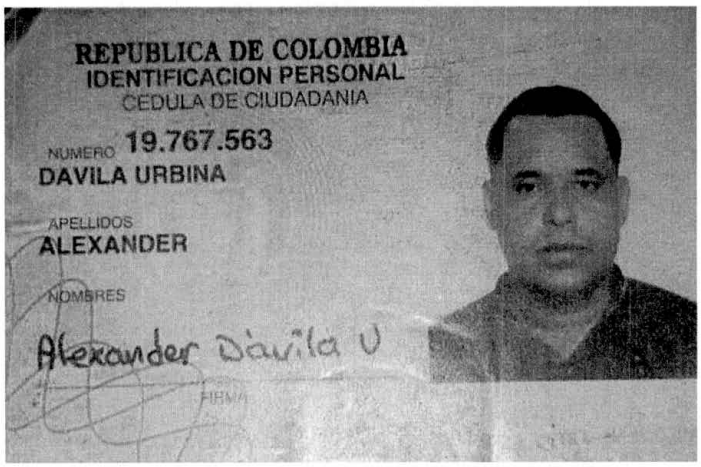
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

28-MAR-2000 MOMPOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0504300-00713805-M-0019767563-20150610 0044460200A 1 43177282



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.767.563
DAVILA URBINA

APELLIDOS
ALEXANDER

NOMBRES
Alexander Davila U

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1981
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

28-MAR-2000 MOMPOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0504300-00713805-M-0019767563-20150610 0044460200A 1 43177282

ARL | sura

Medellín, 04 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19767563	DAVILA URBINA ALEXANDER	05/03/2025		19321321	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/03/2025 16:20:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.170.92, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014319908	0|4|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
DAVILA Primer apellido	URBINA Segundo apellido	ALEXANDER Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	19767563	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOLIVAR	Municipio: MOMPOS		1|7|0|8|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
TV 15 40 49 Dirección	Telefono fijo	3116614810 Telefono celular	CUNIDAVILA@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OMR SAS	NIT	901230950	01

59.Ubicación				
CL 1 H 31 B 09 OF 105 Dirección	3134170228 Teléfono fijo o celular	INGENIERIA.OMR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

156

No de Radicacion
4014319908

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|5|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Alexandra Daula U.	LADY ALARCA

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

porvenir
sólo hay uno

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:

ALEXANDER DAVILA URBINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.767.563**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo 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.

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000539470

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 03/03/2025 11:30:51

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ALEXANDER DAVILA URBINA **C.C** 19767563

EDAD 43 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / VALORACION POR NUTRICION DE EPS.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.193.596.919
ARROYO VALENCIA

APELLIDOS
CARLOS ALBERTO

NOMBRES

Carlos Alberto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-2000
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-JUL-2018 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-3101950-01031541-M-1193596919-20180814 0062286385A 1 50752384

DIAG 76 B Sur Transversal 75 B Bis

Telefono 350 4398377

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 04 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193596919	ARROYO VALENCIA CARLOS ALBERTO	05/03/2025		Y11142X1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/03/2025 16:17:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.170.92, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9011852815

9011852815

No. de Radicación: 29002562

Fecha de Radicación: 05 03 2025

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
ARROYO	VALENCIA	CARLOS	ALBERTO
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	1193596919	Femenino [ ] Masculino [X]	07 07 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Código	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número 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	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
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		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OMR SAS	NT	901230950	

39. Ubicación				
CL 1H 31B 09	31024351	Teléfono fijo	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Código		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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	05 03 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o responsable del pago de aportes

Si es requerido, la persona o entidad responsable de realizar la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

VIGILADO SUPERSALUD

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

161

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARROYO VALENCIA CARLOS ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.193.596.919** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de mayo de 2022 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 05 de marzo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025030511203

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000539473

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 03/03/2025 11:37:42

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CARLOS ALBERTO ARROYO VALENCIA **C.C** 1193596919

EDAD 24 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-29
Versión: 01
PAG: 1 de 2
2024/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo	Consorcio IDRD	Nobre del trabajador	Carlos Andres Chivano Reyes
Ubicación	Parques	Cargo	Conductor
Telefono	310 2294153	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO BEGUIRA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada	7:00 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	L- V 4:30/ SABADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, politicas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extincion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias quimicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las areas para evitar emision de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las politicas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad fisica
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soprtes para su respectivo seguimiento
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitacion del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: OBLIGACION

INFORMACION: PROHIBICION:

NO FUME

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos, que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X	
	Temperatura	X			Quimico (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)		X		Electrico (alta y baja tension estatica)	X	
	Vibraciones		X		Trabajo en alturas		X
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)	X			Accidentes de transito	X	
	Radiaciones ionizantes (Rayos Beta, Gama X y Alfa)	X			Publicos (robos asaltos atracos, amenazas)	X	
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion fuga derrame incendio)	X	
Químico	Materiales particulados	X			Espacios confinados		X
	Polvos Organicos e inorganicos		X		Excavaciones		X
	Fibras		X	Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)		X		Terremoto	X	
	Gases y vapores		X		Vendaval	X	
	Humos metalicos, no metalicos		X		Inundacion	X	
Biologico	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias granizadas)	X	
	Picaduras	X		Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicasde la craganizacion del trabajo	X	
	picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	fluidos o excrementos		X		Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas		X	APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitants (para este ultimo solo se debe solisitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZCON SAS, consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra politica de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.mejavillegas.com

NOMBRE:	Carlos Andres Chavarro	CÉDULA:	1026251328	CARGO:	Conductor
DIRECCIÓN:	Cr 95A # 133A-04 Ig 130	TEL / CEL:	3102294153	LOCALIDAD:	Suba
FECHA NACIMIENTO:	13 Abril 1986	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:			
ARL:	Sura	EPS:	Sanitas	AFP:	Proteccion

EXAMENES MÉDICOS:	07 Marzo 2025	RESTRICCIONES MÉDICAS:	NO CUAL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	Angela 3043007245	ALERGIAS:	NO CUAL?
FIRMA EMPLEADO:		FECHA:	12 Marzo 2025

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CBZC/FR SST 09
Versión: 01
PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo	Consorcio IDRD	Fecha:	12 Marzo 2025
Nombre	Carlos Andres Chavarro	Cargo:	Conductor
Cedula	1026251328	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo
No tener persepción del entorno puede causar un golpe con algún objeto

2 Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo
Suministrar capacitacion al trabajador con el fin de disminuir los riesgos, aportar los EPP necesarios para la labor asignada

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion insegura



Condición Insegura



Acto Inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor: casco, botas de seguridad

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo Garantizar un ambiente sano y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra- Uso adecuado de los baños
- No dañar la vegetacion y arboles

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De Total de

CALIFICACIÓN: 4.6

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá 12 de 03 del 2025

Señor(a): Carlos Andres Chavarro Rojas
CC.: 1026 251 328.

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 07/03/2025, en su **IPS ZONA MEDICA ,** como cargo **CONDUCTOR** se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES: NO

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones por especialidad

PSICOSENSOMETRICO	REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA O SEGUN LO REQUIERA
AUDIOMETRIA	1 CONTROL ANUAL 2 PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO 3 CONDUCIR CON VENTANA CERRADA
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA CONTROL ANUAL
OPTOMETRIA	CONTROL ANUAL GAFAS PERMANENTES
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL , DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DIA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZACION DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner

ota D.C 12- de 03 del 2025

Ñor(a)
ombre: CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS
argo: CONDUCTORCARLOS ANDRES CHAVARRO
Ciudad

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo **CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS** como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS
Cédula: 1026251328

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.807.722

PALMA MARTINEZ

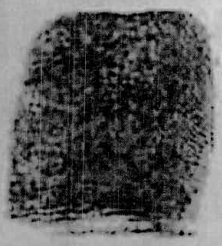
APELLIDOS

DELFINO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1977

TUMACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAY-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 04 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C80807722	PALMA MARTINEZ DELFINO	05/03/2025		63208181	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/03/2025 16:22:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.170.92, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014320075	0|4|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
PALMA Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	DELFINO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	80807722	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: NARIÑO	Municipio: -	TUMACO	1|9|0|9|1|9|7|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500	

26.Residencia			
CR 77 A 68 C 31 SUR Dirección	Telefono fijo	3108805234 Telefono celular	DELFINOPM24@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS MINUTO - VS MINUTO	VSMINUTO - VSMINUTO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OMR SAS	NIT	901230950	01

59.Ubicación				
CL 1 H 31 B 09 OF 105 Dirección	3134170228 Teléfono fijo o celular	INGENIERIA.OMR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014320075

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|5|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73.☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74.☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 75.☐ 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 prev sto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 76.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Delfino Palma M.	JADY ALMANZA

X.ANEXOS

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

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

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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

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

772

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PALMA MARTINEZ DELFINO** identificado(a) con **CC** número **80.807.722** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de mayo de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de febrero de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025022813003

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000539542

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 04/03/2025 07:47:35

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DELFINO PALMA MARTINEZ **C.C** 80807722

EDAD 47 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR OBLIGATORIO
VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOMETRÍA SEMESTRAL EPS
CONTINUAR CONTROL MEDICO EN EPS CON CRONICOS - VALORACION EN EPS CON NUTRICION / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SVE VISUAL Y AUDITIVO

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.079.032.313**

URREGO

APELLIDOS

NELSON ALFONSO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-1986**

UBALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-NOV-2004 UBALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1529800-01271127-M-1079032313-20211203 0077163702G 2 53121448

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1079032313

NOMBRE

NELSON ALFONSO URREGO

FECHA DE NACIMIENTO

29-09-1986

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

03-09-2024

RESTRICCIONES DEL CONTRACTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	03-09-2034	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL. MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	03-09-2034	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL. MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	03-09-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007791474

Servicios Integrales 60947 2 0-28 02/24

Powered by CamScanner

138

ARL | sura

Medellín, 14 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1079032313	URREGO NELSON ALFONSO	17/02/2025		12323324	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/02/2025 15:51:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.181.24, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

A1384

FECHA DE RADICACIÓN: 15 / 02 / 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACION [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES													
PRIMER APELLIDO	URREGO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	NELSON	SEGUNDO NOMBRE	ALFONSO						
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1079032313	11. SEXO BIOLÓGICO	F: X	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	F: X	T	NB	Otro	Cual?		
13. NACIONALIDAD	COLOMBIANO	14. LUGAR DE NACIMIENTO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	UBALA	15. FECHA NACIMIENTO	29	09	1986				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [✓]	N/A	SI [ ] NO [✓]					

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
	$ 1.423.500			3161813101	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CRA 149C # 142B - 43			CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA		CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO	F / M	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro	Cual?	
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO				

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO		40. SEXO IDENTIFICACIÓN					41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO		
					F	M	F	M	T	NB	Otro?	PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	DIA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario				46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN?		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN		49. DIS CAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD			SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO - DISTRITO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1								I.	II.										
B2								I.	II.										
B3								I.	II.										
B4								I.	II.										
B5								I.	II.										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OMR	NIT	901230950	3102435136	

59. Dirección		CORREO ELECTRÓNICO		
KRA 23	# 187A - 60		CUNDINAMARCA	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACION DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN													
PRIMER APELLIDO	URREGO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	NELSON	SEGUNDO NOMBRE	ALFONSO						
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1079032313	62. SEXO BIOLÓGICO	F: X	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	F: X	T	NB	Otro	Cual?		
64. FECHA NACIMIENTO	29 / 09 / 1986	65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD	17 / 02 / 2025	67. MOTIVO DE TRASLADO Código		68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no Intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. 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. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

IX. FIRMAS

NELSON URREGO	LEIDY ALMANZA
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad [ ] Total 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
85. 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 [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DIA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACION DIA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VERSIÓN CUARTO (4)

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NELSON ALFONSO URREGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.032.313**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Marzo 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.

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000535649

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 12/02/2025 10:57:11

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: NELSON ALFONSO URREGO **C.C** 1079032313

EDAD 38 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERADOR DE MINICARGADOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

RESTRICCION PARA ACTIVIDADES DE REQUIERAN MOVIMIENTOS DE AGARRE Y PINZA COMPLETA CON MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS / SE SUGIERE INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA PYP OSTEOMUSCULAR/MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Nelson U.

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo E. Salinas E.
Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677 274
I.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

WARMA ASOCIADOS SAS
Nit. 901651612-9

Bogotá, D.C. 7 junio 2024

Asunto: Certificación de idoneidad

Estimados señores,

Por medio de la presente, certificamos que el señor **Nelson Urrego** es idóneo para desempeñar las funciones de operador de maquinaria. Durante su tiempo en nuestra empresa, ha demostrado tener las capacidades técnicas y habilidades necesarias para realizar su trabajo de manera eficiente y efectiva.

El señor **Nelson Urrego** cuenta con los conocimientos técnicos y la experiencia necesarios para operar maquinarias y equipos de manera segura y eficiente. Además, se ha destacado por su dedicación y compromiso con su trabajo, siempre buscando cumplir con las metas y objetivos establecidos por la empresa y trabajando en equipo con sus compañeros para lograrlos.

Por lo tanto, podemos certificar que el señor **Nelson Urrego** es idóneo para desempeñar las funciones de operador de maquinaria y estamos seguros de que su experiencia, conocimientos y habilidades serán de gran valor para su organización.

Atentamente,

Yeison Guerrero

Yeison Guerrero Navarro
1.105.612.761
Representante Legal

Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-MAY-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00440617-M-1033775106-20130614 **0033**449305A 1 40110157

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.775.106**
CAMARGO CABEZAS

APELLIDOS

JEFERSON STID

NOMBRES

Jeferson Camargo

FIRMA



ARL | sura

Medellín, 03 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1033775106	CAMARGO CABEZAS JEFERSON STID	01/03/2025		127g0v64	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C793150372506226168

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/03/2025 07:16:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.27.52, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS-S

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 03/03/2025, el empleador LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA identificado con CEDULA DE CIUDADANIA 79315037 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
03/03/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

lo. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4014303456	CEDULA DE CIUDADANIA	1033775106	JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS	$ 1,423,500.00	Dependiente	01/03/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes marzo del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.775.106**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo 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.

Cafam

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CAMARGO CABEZAS JEFERSON STID, CC - 1033775106**, está afiliado(a) desde **20/09/2023**, como trabajador(a) de **CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO**, con NIT: **793150372**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2023-09-20**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
EMILY VICTORIA CAMARGO RODRIGUEZ	1018523252	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **19 de febrero de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 110715

FECHA : 5/03/2025 HORA:8:38	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS	DOCUMENTO: 1033775106 EDAD: 29 GENERO: M
Empresa: LUIS CAMARGO	Cargo: OFICIAL Tel: 3135919753 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	NA		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	Apto Para Trabajos en espacios Confinados			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	Aplazado	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	No Apto Para Este Cargo	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para descargar su certificado digital

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o complementarios que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son correctas y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coherción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. Fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de umed ltda tomara para protegar la confidencialidad de la información así expuesta. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio este Medico o Ente la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegurro estar de acuerdo con el procedimiento a realizar con mi firma después de leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar por otro consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO LICENCIA No. RES 7008 DE 1998 RM Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No.

Carrera 21 Nro 26-00 06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., marzo 3 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1033775106, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGOS S.A.S.
ENTRENADOR: MARIA ALEJANDRA MANOSALVA ORTEGA
SEDE DONDE SE FORMÓ: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO S.A.S.
EMPLEADOR: LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 07/11/2024 a 07/11/2024
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día marzo 3 de 2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.118.907**

CAMARGO QUINTANA

APELLIDOS

EMILIANO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1960**

FIRAVITOBA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-JUN-1980 FIRAVITOBA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155404-M-0004118907-20090429 **0011137802A 1** 1640032868

ARL | sura

Medellín, 03 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C4118907	CAMARGO QUINTANA EMILIANO	01/03/2025		23218158	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C793150372506226306

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/03/2025 07:18:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.27.52, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011843487
9011843487

No. de Radicación: 28988432

Fecha de Radicación: 03 03 2025

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CAMARGO	Segundo Apellido: QUINTANA	Primer Nombre: EMILIANO	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	4118907	Femenino [ ] Masculino [X]	D: 01 M: 07 A: 1960

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	Dirección:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:	
Cód. Mpio / Dpto:	Municipio / Distrito:	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Corregimiento:	Departamento:

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D M 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	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M M A A A A		
B2					D M M A A A A		
B3					D M M A A A A		
B4					D M M A A A A		
B5					D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
LUIS ALFONSO CAMARGO	CC	79315037	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
CR 19C 65 36 SUR	31387469		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D M M A A A A	42. Fecha novedad D: 01 M: 03 A: 2025	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. Firma empleador, representante de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Emiliano Camargo	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declaré la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION	
71. Firma del funcionario			

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

793

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CAMARGO QUINTANA EMILIANO EMILIANO, CC - 4118907**, está afiliado(a) desde **20/09/2023**, como trabajador(a) de **CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO**, con NIT: **793150372**.

Estado civil: **Casado**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2023-09-20**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **19 de febrero de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 110708

FECHA : 5/03/2025 HORA:8:33		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: EMILIANO CAMARGO QUINTANA		DOCUMENTO: 4118907	EDAD: 64 GENERO: M
Empresa: LUIS CAMARGO		Cargo: MAESTRO DE OBRA	Tel: 3204085920 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	NA		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA		**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**		NA
Apto Para el cargo sin Restricciones		SI	**Aplazado**		NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo		NA	**No Apto Para Este Cargo**		NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel		NA			
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA		**Examen de EGRESO Satisfactorio**		NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.;

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibirá los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja bajo estricta bioseguridad para SARS COV-2 COVID 19 segun resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus examenes en instituciones medicas habilitadas por la Secretaria Distrital de salud UMED LTDA IPS Medicina Laboral

Carrera 21 No 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., marzo 3 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que EMILIANO CAMARGO QUINTANA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 4118907, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ESCUELA TECNICA DE SEGURIDAD EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: GLORIA EDILMA MOLINA
SEDE DONDE SE FORMÓ: ETSA SOACHA
EMPLEADOR: LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 12/05/2023 a 12/05/2023
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día marzo 3 de 2025

196

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.050.066.560
CAMARGO VANEGAS

APELLIDOS
YESITH

NOMBRES

Yesith Camargo V

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1992
SAN MARTIN DE LOBA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-AGO-2010 SAN MARTIN DE LOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0508200-01244058-M-1050066560-20210709 0074898140A 1 9915781814

ARL | sura

Medellín, 04 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C1050066560	CAMARGO VANEGAS YESITH	05/03/2025		P2421921	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/03/2025 07:31:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.27.52, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

798

Salud Total EPS-S

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 04/03/2025, el empleador LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA identificado con CEDULA DE CIUDADANIA 79315037 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
04/03/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4014312446	CEDULA DE CIUDADANIA	1050066560	YESITH CAMARGO VANEGAS	$ 1,423,500.00	Dependiente	04/03/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes marzo del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YESITH CAMARGO VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.050.066.560**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Marzo 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.

200