

7. CARPINTERÍA METALICA	PROGRAMADO	<div><div></div><div></div></div>	10,00%
	EJECUTADO	<div><div></div><div></div></div>	32,00%
8. ACABADOS E IMPERMEABILIZACIONES	PROGRAMADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
	EJECUTADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
9. PINTURA	PROGRAMADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
	EJECUTADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
10. CUBIERTA	PROGRAMADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
	EJECUTADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
11. CIELORRASO	PROGRAMADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
	EJECUTADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
12. ASEO	PROGRAMADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%
	EJECUTADO	<div><div></div><div></div></div>	0,00%

6- PLAZO (DÍAS)				7- REGISTRO FOTOGRÁFICO GENERAL
Cant. Días	Total	Transcurrido	Faltantes	
Contractual	148	25	123	

8- DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO	9- ACTIVIDADES PENDIENTES DE INICIO O ATRASADAS			
Se da inicio a la ejecución de actividades posterior a la planeación y revisión de los frentes de trabajo por parte del personal contratista, residente y SISO. Se inicia con la instalación de concertina en acero, de acuerdo a la especificación técnica y las hiladas de alambre de puas en el cerramiento de la Unidad Militar Aerea. Se avanza mediante una cuadrilla de 3 operarios en dicho frente de trabajo. Se realizan las actividades correspondientes con la seguridad y salud en el trabajo.	Actividad atrasada		Atribuible al contratista?	
	N/A		SI	NO
			SI	NO
			SI	NO

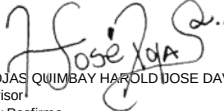
OBSERVACIONES:						
10- CONTROL DE COSTOS						
Detalle	Presupuesto		Valor Ejecutado a la Fecha		Por Ejecutar	
	INICIAL	ACTUAL (Adiciones y/o	\$	%	\$	%
Directos+AIU+IVA	\$ 934.953.380,53	\$ 934.953.380,53	\$ 30.105.498,85	3,22%	\$ 904.847.881,68	97%
Adiciones	N/A	\$ 0,00				
Reducciones		\$ 0,00				
TOTAL	\$ 934.953.380,53	\$ 934.953.380,53				
11- CONTROL PAGOS						
DETALLE DE PAGO		VALOR		OBSERVACIONES		
VALOR INICIAL		\$ 934.953.380,53				
VALOR ADICIONAL (Si aplica)		\$ 0,00				
VALOR REDUCIDO (Si aplica)		\$ 0,00				
VALOR TOTAL		\$ 934.953.380,53				
ANTICIPO (Si aplica)		N/A				
TOTAL PAGADO A LA FECHA		\$ 0,00				

12- CUMPLIMIENTO TRAMITES Y COMPROMISOS ADMINISTRATIVOS (Indicar las actividades administrativas y/o compromisos adquiridos por el Contratista durante el periodo)						
ACTIVIDAD	APLICA	NO APLICA	ENTREGADO	APROBADO	CUMPLIO	OBSERVACIONES
PRESENTACION PROGRAMACION DE OBRA CONTRATISTA	SI		SI	SI	SI	
PRESENTACION PLAN DE INVERSION DEL ANTICIPO DE OBRA		NO		SI	SI	
ANALISIS DE PRECIOS UNITARIOS	SI		SI	SI	SI	
ORGANIGRAMA PERSONAL TECNICO Y ADMINISTRATIVO	SI		SI	SI	SI	
MANUAL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y OCUPACIONAL	SI		SI	SI	SI	
MANUAL DE CUMPLIMIENTO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y MANEJO		NO		SI	SI	
VERIFICACION DE LA INFORMACION TECNICA POR PARTE DEL CONTRATISTA	SI		SI	SI	SI	
DESGLOSE DEL CALCULO DEL AIU	SI		SI	SI	SI	
PRESENTACION Y APROBACION HOJAS DE VIDA CONTRATISTA	SI		SI	SI	SI	
PLAN DE MANEJO AMBIENTAL	SI		SI	SI	SI	
ACTAS DE VECINDAD	SI		SI	SI	SI	
DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA ESTUDIOS DE SEGURIDAD PERSONAL OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA TODO EL PERSONAL QUE ESTE INVOLUCRADO EN LA EJECUCION DE LA OBRA	SI		SI	SI	SI	
PLAN DE CALIDAD		NO		SI	SI	
PROGRAMA DE BARRAS Y FLUJO DE FONDOS	SI		SI	SI	SI	
REVISION PRELIMINAR PROYECTO	SI		SI	SI	SI	
VISITA AL SITIO DE EJECUCION DE LAS OBRAS	SI		SI	SI	SI	
13- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						

14- EL TIEMPO EXISTENTE FUE ASI (Condiciones Climaticas):

Se presentan lluvias ocasionales durante las jornadas laborales

ELABORO:


TE. ROJAS QUIMBAY HAROLD JOSE DAVID
Supervisor
Firma y Posfirma

15-ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO DEL PERIODO REPORTADO (Debe incluirse en el registro fotografico fecha, hora y lugar)



ESTADO PREVIO DE LA CONCERTINA



ESTADO PREVIO DE LA CONCERTINA



ESTADO PREVIO DE LA CONCERTINA



INSTALACIÓN DE ALAMBRE DE PUA



ESTADO PREVIO DE LA CONCERTINA



INSTALACIÓN DE CONCERTINA Y ALAMBRE DE PUA



INSTALACIÓN DE ALAMBRE DE PUA



INSTALACIÓN DE CONCERTINA FRENTE PRINCIPAL DE LA UNIDAD



INSTALACIÓN DE CONCERTINA FRENTE PRINCIPAL DE LA UNIDAD



FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA

CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

**“OBRA PÚBLICA PARA LA ADECUACIÓN, AMPLIACIÓN Y EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y
MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AÉREO DEL CASANARE”**

INFORME TECNICO 1

PERIODO CONTRACTUAL

DEL 6 DE MAYO DE 2025 AL 30 DE MAYO DE 2025

VERSION 1

GRUPO MSG SAS

Calle 136 F # 159 A 10 (Bogotá) Teléfono: 601 6454103

Correo Electrónico: cofacyopalgrupomsgsas@gmail.com

YOPAL - CASANARE, MAYO DE 2025

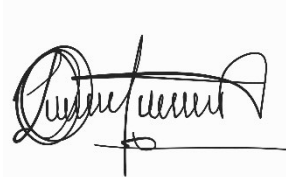
GRUPO MSG SAS

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	4
2. ALCANCE Y OBJETIVOS	5
3. DESCRIPCION DEL PROYECTO	6
4. CONTRATO DE OBRA	12
4.1 Relación del personal empleado	13
4.2 Avance financiero del proyecto.....	13
4.3 Descripción de obras adicionales o complementarias – Ítems No Previstos	13
4.4 Ajustes de diseño realizados por el contratista de obra	14
4.5 Cronograma detallado de obra	14
4.6 Avance físico de obra – Actividades ejecutadas	14
4.6.1 Componente Técnico	15
4.7 Certificados de calidad de materiales de obra	16
4.8 Comunicaciones.....	16
4.8.1 Enviada	16
4.8.2 Recibida	16

INFORME TECNICO No.1

PERIODO: 6 DE MAYO DE 2025 AL 30 DE MAYO DE 2025

ESTADO	NOMBRE Y CARGO	FIRMA
ELABORADO	JHONATAN VELASCO ALBARRACIN RESIDENTE DE OBRA	
APROBADO	ANA CAROLINA GONZALEZ RODRIGUEZ REPRESENTANTE LEGAL	

1. INTRODUCCION

La fuerza aeroespacial colombiana, mediante Licitación Pública 013-00-B-COFAC-BACOF-2025 y RESOLUCIÓN N°005 (29 DE ABRIL DE 2025) adjudico el CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025 al oferente GRUPO MSG SAS con NIT 901.110.550 – 1, representado legalmente por la señora ANA CAROLINA GONZALEZ RODRIGUEZ. El objeto del contrato es “OBRA PÚBLICA PARA LA ADECUACIÓN, AMPLIACIÓN Y EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AÉREO DEL CASANARE”

Las actividades preliminares para la ejecución de un proyecto de obra civil permiten que los riesgos durante el cumplimiento de esta se logren minimizar, así como las inquietudes previas que se puedan presentar en los diferentes aspectos técnicos.

Los balances de obra se adelantan con el fin de verificar y determinar el alcance del proyecto de acuerdo a las necesidades de la unidad beneficiada.

2. ALCANCE Y OBJETIVOS

El CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025 tiene por alcance que GRUPO MSG SAS, en su calidad de Contratista de Obra, desarrolle el objeto del contrato de conformidad con las especificaciones y características técnicas señaladas en los documentos del proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025, los cuales hacen parte integral del citado contrato. El plazo estimado para la ejecución de este contrato es de cinco (5) meses, contados a partir del 6 de mayo de 2025.

El presente informe tiene por objeto reportar las actividades realizadas durante el periodo de ejecución del CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025 durante el periodo comprendido entre el 6 de mayo de 2025 y el 30 de mayo de 2025.

El presente informe registra, las gestiones adelantadas por la parte técnica en cuanto a la revisión del paquete técnico y el balance de obra. Así como el inicio de las actividades de mantenimiento de concertina y alambre de púas en el cerramiento principal perimetral.

3. DESCRIPCION DEL PROYECTO

El siguiente proyecto se realiza con el fin de realizar el mantenimiento de los siguientes espacios:

MANTENIMIENTO CENTRO DE ACOPIO

Es urgente llevar a cabo el mantenimiento del centro de acopio de la Unidad, ya que la estructura actual, especialmente el cuerpo de la teja está gravemente deteriorada debido a las inclemencias del clima. Esta situación ha dado lugar a la acumulación de residuos sólidos, orgánicos y otros desechos, que requieren un manejo especial para evitar problemas de salud y operativos. Las condiciones climáticas adversas y la antigüedad de las instalaciones han acelerado el deterioro, haciendo necesario un mantenimiento integral de la cubierta.

Además, el piso del centro de acopio no cumple con las especificaciones técnicas requeridas por la norma, y los mesones de concreto, así como la pintura de los muros, están en mal estado. La infraestructura actual no satisface las características mínimas necesarias para un centro de acopio, que deberían incluir paredes de fácil limpieza, pisos duros y lavables con una pendiente adecuada para facilitar el lavado, y un sistema de control de olores.

El estado de deterioro de la infraestructura es claramente observable en las fotografías adjuntas, las cuales ilustran las deficiencias estructurales y funcionales que afectan al centro de acopio. Este deterioro pone en evidencia un incumplimiento de la Norma Técnica GTC 24, que establece los requisitos y directrices para el diseño, construcción y mantenimiento de infraestructuras industriales, con el objetivo de garantizar la seguridad, eficiencia operativa y protección de los trabajadores.

La Norma GTC 24 aborda aspectos fundamentales como la estabilidad estructural, la seguridad contra riesgos laborales, la accesibilidad, la señalización adecuada y la higiene de los espacios de trabajo. En el caso de esta edificación, se observan fallas en diversos puntos que no cumplen con los parámetros establecidos en dicha norma. Entre estos, se incluyen grietas en paredes, sistemas de ventilación inadecuados, condiciones de seguridad deficientes, y la falta de mantenimiento preventivo en las instalaciones eléctricas y de agua potable.

Es esencial que se lleven a cabo las reparaciones y adecuaciones necesarias para cumplir con los lineamientos de la GTC 24. Esto no solo permitirá que el centro de acopio se ajuste a las normativas vigentes, sino que también contribuirá a la creación de un entorno de trabajo seguro, eficiente y saludable para todo el personal.

La implementación de estas mejoras es crucial para garantizar la seguridad de los trabajadores y la continuidad operativa de las actividades, previniendo accidentes y posibles daños a la infraestructura y al equipo de trabajo.

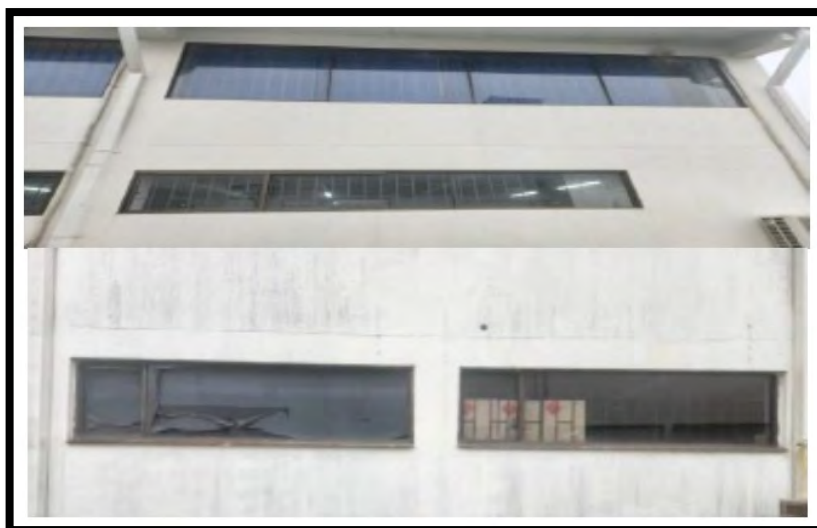


Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

MANTENIMIENTO OFICINAS ESTEC

Es necesario realizar la adecuación de las oficinas en los Hangar I y II del Escuadrón Técnico, que incluye el reemplazo de 80 ventanales fijos por corredizos. Esta mejora busca proporcionar un ambiente más fresco en estas áreas y cumplir con todos los parámetros técnicos exigidos.

Además, la instalación de ventanales corredizos contribuirá a reducir el consumo de energía eléctrica, ya que permitirá aprovechar la temperatura ambiente durante las horas de la mañana, disminuyendo la necesidad de usar los aires acondicionados.



Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

CERRAMIENTO DE TRANSFORMADORES ELÉCTRICOS

El objetivo es garantizar la seguridad del personal de transeúntes y orgánico de la Unidad que transita cerca de los equipos de transformación de energía, los cuales manejan voltajes de media tensión y líquidos calientes, representando un riesgo potencial. Esta medida también cumple con las recomendaciones de la Sección de Salud y Seguridad en el Trabajo mediante oficio FAC-S-2022-053743-CI del 18 de marzo de 2022 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-GACAS-SECOM-DEDHU.

Actualmente, el GACAS dispone de 7 transformadores: 4 de ellos están adecuadamente cercados con malla eslabonada, mientras que 3 aún requieren este tipo de cerramiento. Según la Norma Técnica CNS-NT-04, Capítulo 4, Subestaciones 4.5, los equipos de pedestal deben estar cerrados con malla eslabonada galvanizada para prevenir el acceso de personas no autorizadas. Esta malla debe tener una altura mínima de 2,5 metros y estar instalada a una distancia mínima de un metro del perímetro de los equipos.



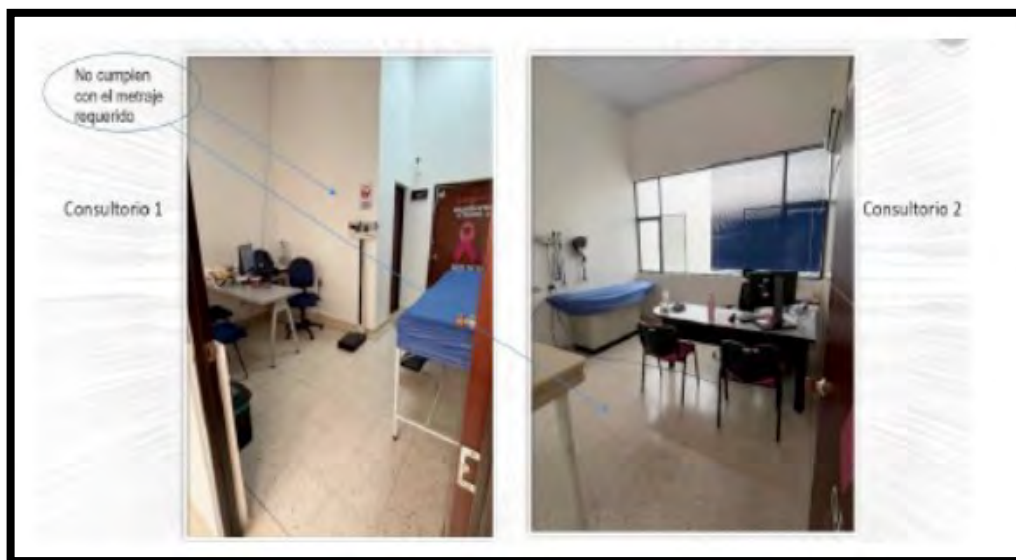
Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

MANTENIMIENTO ESM GACAS

Es necesario llevar a cabo el mantenimiento del Establecimiento de Sanidad Militar, específicamente para el reemplazo de la cubierta, que debido a su antigüedad se encuentra gravemente deteriorada. Durante la temporada de invierno, se observan grandes filtraciones de agua a través de la cubierta, lo que no solo afecta la comodidad del personal que utiliza las instalaciones, sino que también expone los equipos y materiales a riesgos de daños por goteras, lo que podría ocasionar pérdidas significativas.

Además, es imprescindible realizar adecuaciones internas para adaptar ciertos espacios, como consultorios médicos, en conformidad con las Resoluciones No. 3100 de 2019 y 445 de 1996. Estas

mejoras asegurarán un entorno seguro y funcional, cumpliendo con los requisitos normativos y mejorando la operatividad del Establecimiento de Sanidad Militar.



Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025



Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025



Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

MANTENIMIENTO INSTALACIONES (CAMBIO DE CUBIERTA EN APARTAMENTOS DE OFICIALES, SUBOFICIALES, RANCHO DE TROPA Y HANGAR 1)

Es urgente realizar el cambio de la cubierta en las diversas instalaciones de la Unidad debido al deterioro significativo de las tejas, causado por las inclemencias del clima. Este desgaste acelerado, sumado a la antigüedad de las instalaciones, requiere un mantenimiento general urgente.

El deterioro de la cubierta está afectando tanto a las oficinas principales, las aeronaves esenciales para el cumplimiento de la misión, como a los almacenes del ESTEC, lo que puede resultar en pérdidas de material crítico. Además, la situación impacta negativamente en el bienestar del personal que reside dentro de la Unidad, ya que las filtraciones de agua están causando daños a sus bienes y representan un riesgo de seguridad debido a su proximidad a tomas eléctricas.

A pesar de los esfuerzos realizados por la Escuadrilla de Instalaciones para mejorar estas condiciones, con reparaciones y mantenimientos provisionales, la situación actual sigue siendo insostenible. La falta de una cubierta adecuada no solo compromete la seguridad y la integridad de las instalaciones, sino que también afecta la eficiencia operativa y el moral del personal.

El reemplazo de las cubiertas es esencial no solo para asegurar la protección de las instalaciones y equipos, sino también para garantizar un entorno de trabajo seguro y confortable para el personal.

Esta medida ayudará a prevenir daños adicionales, reducir costos futuros de reparaciones y asegurar que las operaciones de la Unidad continúen sin interrupciones, cumpliendo así con los estándares de seguridad y operatividad necesarios para el cumplimiento de la misión.



Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

MANTENIMIENTO MALLA PERIMETRAL

Es urgente realizar el mantenimiento de la malla perimetral de la Unidad debido al exceso de vegetación, oxidación y deterioro causado por las condiciones ambientales, lo que compromete la seguridad de las instalaciones. Este mantenimiento no solo permitirá restaurar la integridad de la malla, sino que también facilitará la poda de la cerca viva al crear un espacio adecuado entre la concertina y la malla, evitando daños a los equipos de poda.

El mantenimiento de la malla perimetral es crucial para reforzar la seguridad de la Unidad, ya que una cerca en mal estado puede ser fácilmente vulnerada. Además, al mejorar la altura y el estado de la malla, se garantizará que la cerca viva pueda ser mantenida de manera más efectiva, contribuyendo a una barrera de seguridad más robusta y funcional.



Tomado de Estudios Previos proceso de contratación 013-00-B-COFAC-BACOF-2025

4. CONTRATO DE OBRA

El CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025 quedó suscrito el 30 de abril de 2025 entre la Fuerza Aeroespacial Colombiana y GRUPO MSG y su respectiva acta de inicio contrato de obra fechada 6 de mayo de 2025. Conforme a lo requerido, a continuación, se desarrollaron los aspectos relevantes del desarrollo del contrato durante el mes de ejecución del contrato, correspondiente al periodo comprendido entre el 6 de mayo de 2025 y el 30 de mayo de 2025

FICHA INFORMATIVA CONTRATO DE OBRA

CONTRATO DE OBRA No. OBJETO		CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025 OBRA PÚBLICA PARA LA ADECUACIÓN, AMPLIACIÓN Y EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AÉREO DEL CASANARE	
CONTRATISTA		GRUPO MSG SAS	
VALOR INICIAL	\$ 934.953.380,53	PLAZO INICIAL	Cinco (5) meses
VALOR ADICION N°1	N.A.	PRORROGA No. 1	N.A.
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	\$ 934.953.380,53	PRORROGA No. 2	N. A
INICIO	06 mayo 2025	TERMINACION	30 septiembre 2025
SUSPENSION 1	N.A.	FECHA DE SUSPENSIÓN	N.A.
FECHA REINICIO		FECHA ACTUALIZADA DE TERMINACION	N.A.
PORCENTAJE INVERSION ACUMULADO		FECHA ACTUALIZADA DE TERMINACION	30 septiembre 2025
		PORCENTAJE INVERSION ACUMULADO	0 %

PÓLIZAS DEL CONTRATO DE OBRA

Compañía Aseguradora: Seguros del Estado. Nit. 860.009.578-6

Las pólizas a la fecha de corte del presente informe están vigentes, se reportó por parte de GRUPO MSG la actualización con el Acta de inicio, plazo y fecha de terminación

Amparo	Póliza No. 21-40-101253971	Vigencia	Valor Asegurado
Desde		Hasta	
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	21-40-101253971	30-04-2025	30-09-2025
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	21-40-101253971	30-04-2025	30-09-2025
			\$ 284.700.000
			\$ 284.700.000

PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIA LES	21-40-101253971	30-04-2025	30-09-2025	\$ 284.700.000
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	21-44-101468799	30-04-2025	31-03-2026	\$280.486.014,16
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	21-44-101468799	30-04-2025	30-09-2028	\$46.747.669,03
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	21-44-101468799	30-09-2025	30-09-2028	\$467.476.690,27

4.1 Relación del personal empleado

CARGO	NOMBRE
RESIDENTE DE OBRA	JHONATAN VELASCO ALBARRACIN
PROFESIONAL SST	JORGE RESTREPO TOVAR

4.2 Avance financiero del proyecto

BALANCE DEL CONTRATO 511 - 2023		
DESCRIPCION	VALOR	FECHA
VALOR DEL CONTRATO	\$934.953.380,53	-
ANTICIPO	N/A	-
CORTES DE AVANCE DE OBRA	-	-
CORTE 1	-	-
ACUMULADO	-	-

A la fecha del presente informe, tanto el avance de inversión programada como ejecutada se encuentra en 3.2% del CONTRATO DE OBRA No. 013-00-B-COFAC-BACOF-2025.

4.3 Descripción de obras adicionales o complementarias – Ítems No Previstos

Para el presente informe no se cuenta con ítems no previstos.

4.4 Ajustes de diseño realizados por el contratista de obra

Para el presente informe no se cuenta con ajustes a los diseños.

4.5 Cronograma detallado de obra

GRUPO MSG SAS en su calidad de Contratista de obra mediante comunicado 006-COFAC-YOAPL-2025 allego el respectivo Cronograma de Obra

ANEXO 1

4.6 Avance físico de obra – Actividades ejecutadas

De acuerdo con las gestiones previas y documentales adelantadas, a la fecha de corte del presente informe las actividades ejecutadas de obra en el periodo comprendido del 06 de mayo al 30 de mayo de 2025 son las siguientes:

- ✓ Desmonte de concertina y alambre de púas existente



- ✓ Instalación de concertina



- ✓ Instalación de alambre de puas



4.6.1 Componente Técnico

En el presente informe se registra avance de obras en el componente técnico del 3,2% hasta el 30 de mayo de 2025.

4.7 Certificados de calidad de materiales de obra

ANEXO 3

4.8 Comunicaciones

4.8.1 Enviada

OFICIO 001-COFAC-YOPAL-2025	7 de mayo de 2025	Teniente Harold José David Rojas Quimbay	RESPUESTA OFICIO FAC-S-2025-016339 – DOCUMENTACION PARA INICIO
OFICIO 002-COFAC-YOPAL-2025	19 de mayo de 2025	Teniente Harold José David Rojas Quimbay	FICHA TECNICA TEJA TIPO SANDWICH
OFICIO 003-COFAC-YOPAL-2025	19 de mayo de 2025	Teniente Harold José David Rojas Quimbay	DISEÑO CERRAMIENTO TRANSFORMADORES
OFICIO 004-COFAC-YOPAL-2025	19 de mayo de 2025	Teniente Harold José David Rojas Quimbay	ESPACIOS CON CIELO RASO
OFICIO 006-COFAC-YOPAL-2025	21 de mayo de 2025	Teniente Harold José David Rojas Quimbay	PROGRAMACION

4.8.2 Recibida

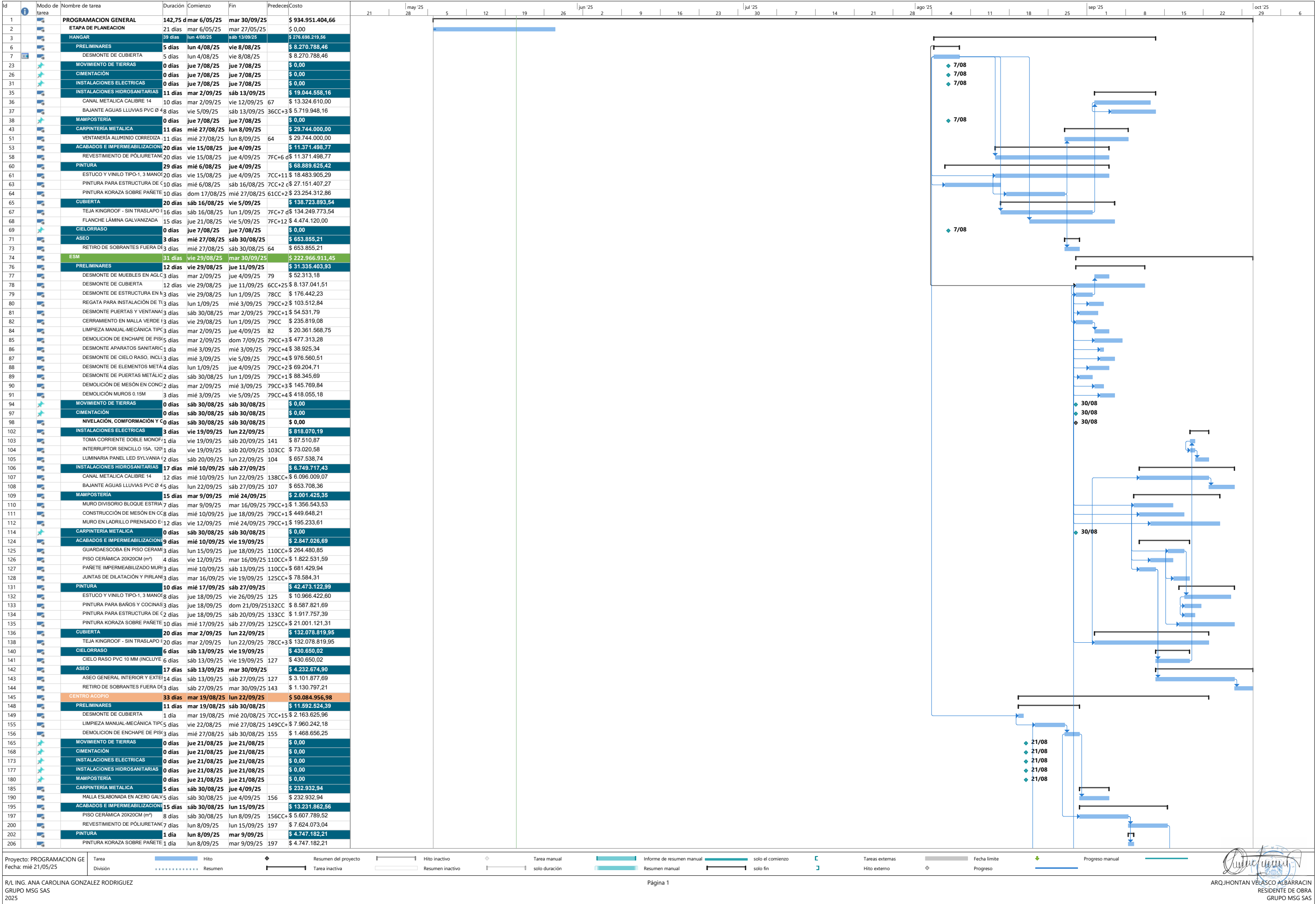
FAC-S-2025-016339-CE	5 de mayo de 2025	Teniente Harold José David Rojas Quimbay	Solicitud de documentos para acta de inicio Cto. 013-GACAS
--------------------------	-------------------	--	--

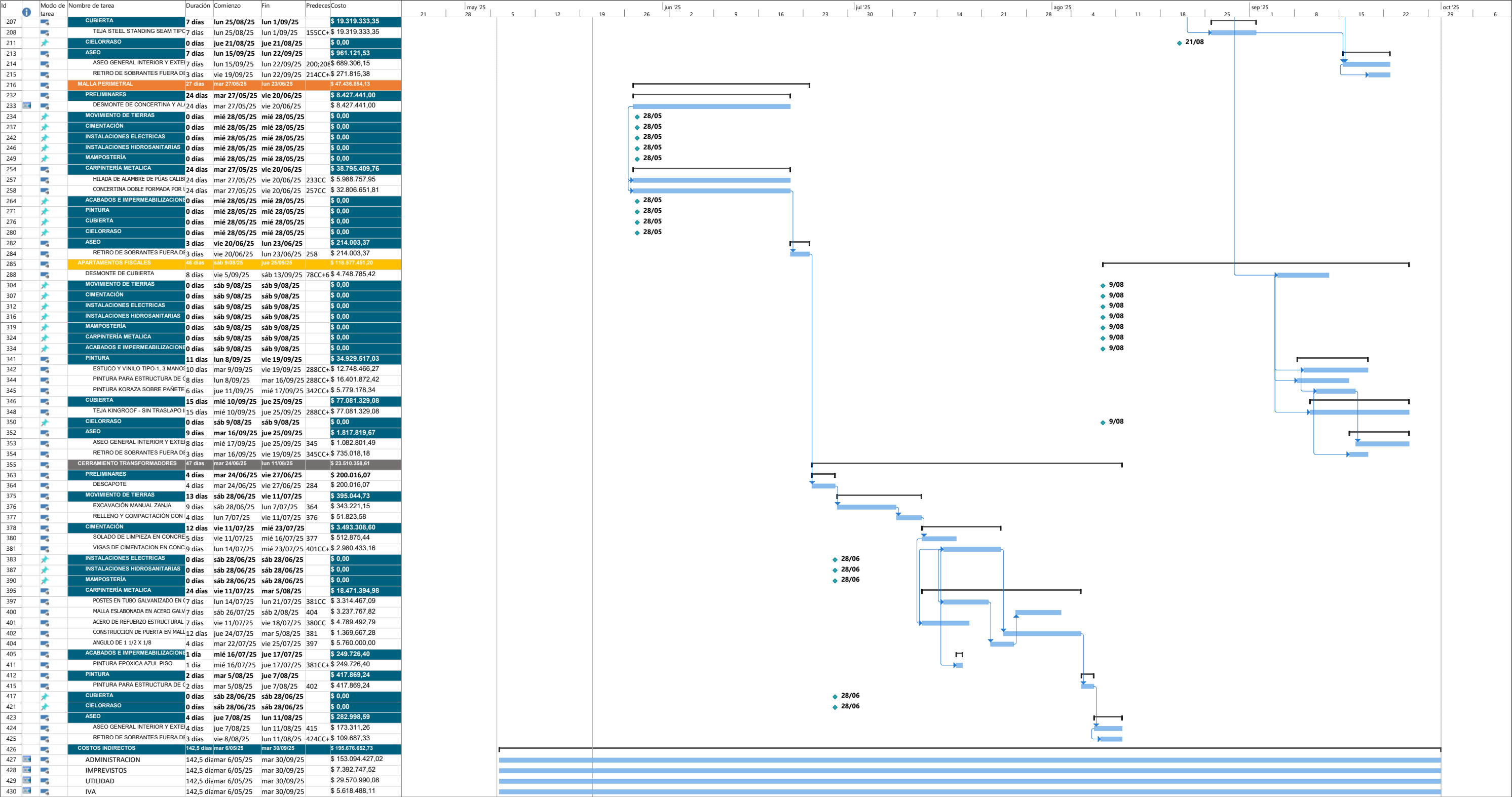


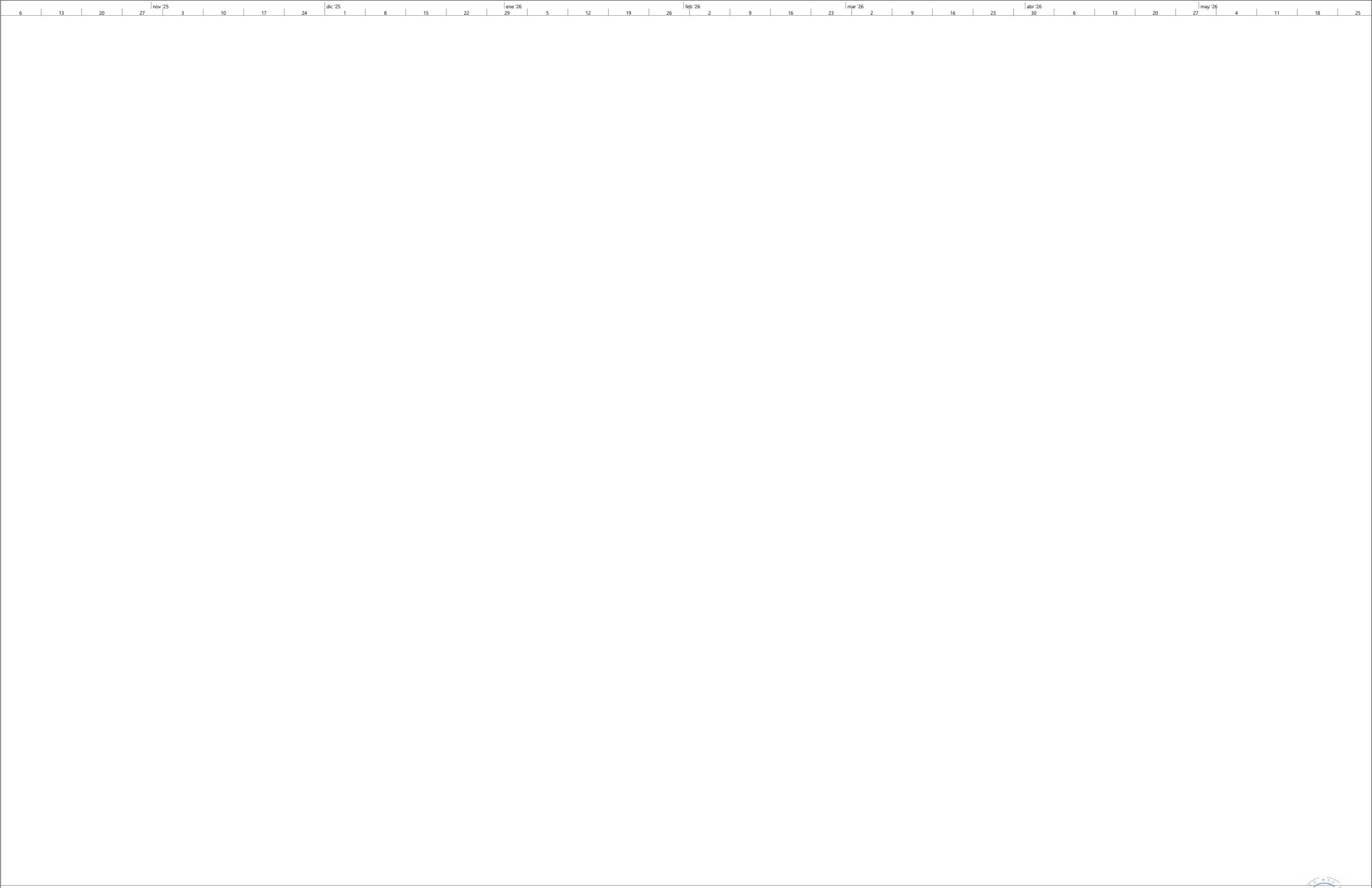
ANEXOS



ANEXO 1. PROGRAMACION







6

13

20

27

nov '25

3

10

17

24

dic '25

1

8

15

22

ene '26

29

5

12

19

26

feb '26

2

9

16

23

mar '26

2

9

16

23

abr '26

30

6

13

20

27

may '26

4

11

18

25

Proyecto: PROGRAMACION GE

Fecha: mié 21/05/25

Tarea

División

Hito

.....

Resumen

◆

Resumen del proyecto

▬

Tarea inactiva

Hito inactivo

Resumen inactivo

◆

Tarea manual

▬

solo duración

Informe de resumen manual

Resumen manual

solo el comienzo

▬

solo fin

┌

Tareas externas

└

Hito externo

Fecha límite

◆

Progreso

⬇

Progreso manual

R/L ING. ANA CAROLINA GONZALEZ RODRIGUEZ

GRUPO MSG SAS

2025

Página 4

ARQ.JHONTAN VELASCO ALBARRACIN

RÉSIDENTE DE OBRA

GRUPO MSG SAS



ANEXO 2. BITACORA

OBRA PÚBLICA PARA LA ADECUACIÓN, AMPLIACIÓN
Y EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y MEJORATIVO
DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO
AÉREO DEL CASANARE

CONTRATISTA

GRUPO M.S.G. SAS

YOPAL - CASANARE.

2025

Viernes 9 de mayo 2025

Personal Obra:

- Supervisión del Contrato
- Representante legal Grupo M.S.G. SAS
- Coordinador de Obra
- Residente de Obra.

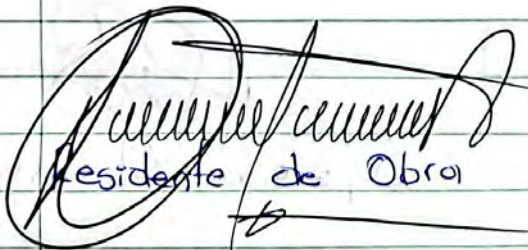
Estado del Clima:

Soleado 26°C.

Actividad del día:

Se realiza la presentación del personal involucrado del presente contrato, como supervisores y contratista posteriormente se hace el recorrido, por las diferentes zonas de intervención, durante el proceso el contratista manifiesta necesitar de un periodo para realizar el proceso del balance y memorias de cálculo, con el fin de planear de forma acertada las necesidades de los espacios.

La Supervisión manifiesta que el contratista debe ajustarse a la normativa y protocolos del establecimiento.


Residente de Obra


Supervisor del Contrato.

Lunes 12 de mayo 2025

Personal de Obra:

- Supervisor del Contrato.
- Residente de Obra.

Estado del Clima:

Soleado 27°C.

Hora de Ingreso:

8:10 am.

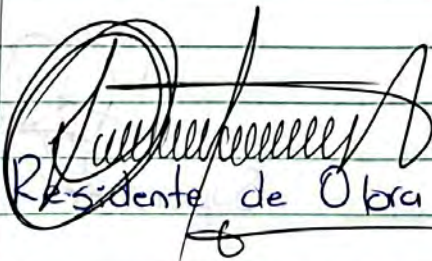
Actividad del día:

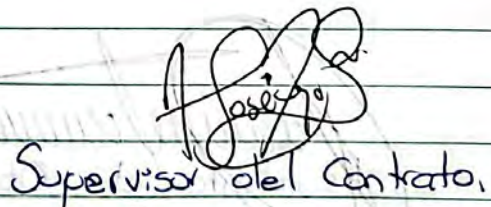
Se realiza el proceso de levantamiento y reconocimiento de las áreas a intervenir:

- Cerramiento en malla, transformadores.
- Cubierta y Pintura Hangar 1.
- Cubierta, muros y canales área de Sanidad.

Nota:

Durante el proceso de reconocimiento se identifican posibles ítems no previstos.


Residente de Obra


Supervisor del Contrato.

Marles 13 de mayo 2025

Personal de Obra:

- Supervisor del Contrato.
- 1 Instalador de
- Residente de Obra, cubierta.
- 1 Ornamentador

Estado del Clima:

lluvia débil 29°C.

Hora de Ingreso:

8:30 am

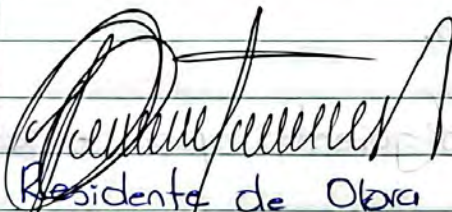
Actividad del día

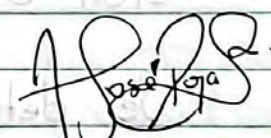
Se realiza el proceso de levantamiento y reconocimiento de las áreas a intervenir:

- Cerramiento en malla, transformadores.
- Cubierta y Pintura Hangar 1.
- Cubierta, muros y canales áreas de Sanidad.

Nota:

Durante el proceso de reconocimiento se identifican posibles ítems no previstos.


Residente de Obra


Supervisor del Contrato.

Miércoles 14 de mayo 2025

Personal de obra:

- Supervisor de Obra.
- Residente de Obra.
- 1 Ornamentador

Estado del Clima: Nuvoso 30°C.

Hora de Ingreso:
8:10 am.

Actividad del día:

El punto de referencia para la ejecución del balance de Obra, se centra en el cerramiento de los transformadores, ubicados sobre la vía principal de ingreso.

Al no existir un diseño específico de este tipo de cerramientos, Supervisión y Contratista toman como ejemplo los cerramientos existentes en la base y bajo este concepto se realiza la cuantificación de actividades.

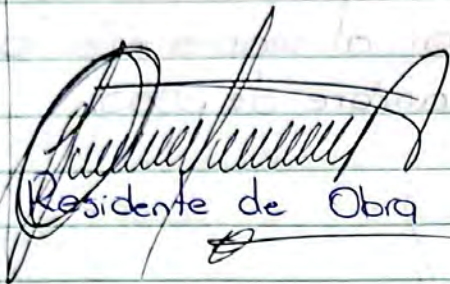
Se determinan los siguientes para-metros:

- Las excavaciones no pueden superar la profundidad de 30 cm.
- La viga de cimentación será de 30x30 cm, en varilla de $\frac{1}{2}$ y flejes de $\frac{3}{8}$ cada 12 cm.

- Los postes serán embetidos 30cm y la altura libre de estos será de 2m.

Nota:

las partes manifiestan estar de acuerdo.


Residente de Obra


Supervisor de Obra

miércoles 15 de mayo 2023

Personal de obra:

- Supervisor de Obra.
- Residente de Obra.
- maestro de obra.

Estado del clima:

Nuboso 23°C a 30°C

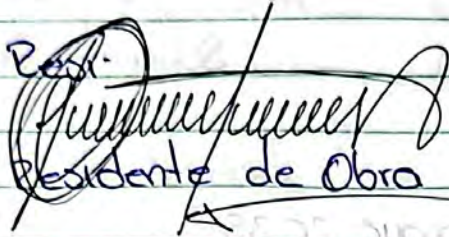
Actividad del día.

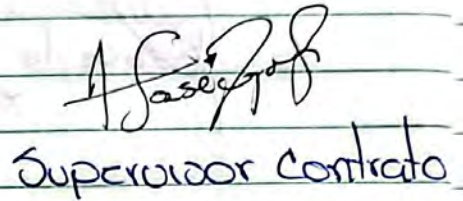
Se realiza visita de campo, en el area de hangar, verificando espacios, de pintura acrilica, estuco y epoxica.

El paso siguiente fue la consolidación del balance en el area del cerramiento perimetral, donde se da un primer alcance para la construcción del cerramiento perimetral en el area de parqueaderos.

Notas: Se determina que no es posible realizar esta construcción, puesto que no existen estudios y diseños.

Se re-evalúa la asignación de estos recursos para este frente y se determina que se puede asignar al mantenimiento de la concertina y alambre de púas.


Residente de Obra


Supervisor Contrato

Viernes 16 de mayo 2025

Personal Obra:

- ° Supervisor Obra.
- ° Residente Obra.

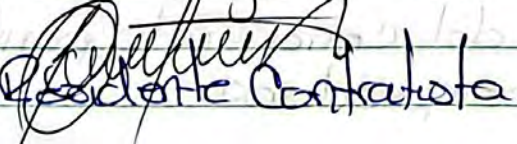
Estado de clima.

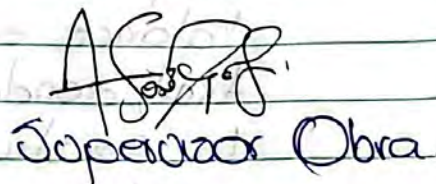
Soleado 23° a 30°

Actividad del día.

Se realiza proceso de balance al área de centro de acopio donde se determinan las materialidades y especificaciones de cada elemento a instalar.

nota: ninguna.


Residente Contratista.


Supervisor Obra.

Lunes 19 de mayo del 2025

Personal Obra.

- Supervisor Obra.
- Residente Obra.
- Instalador estuco y pintura.

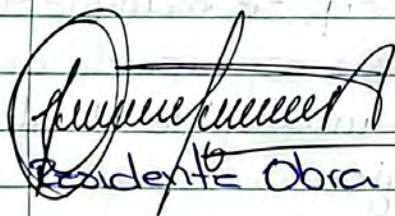
Estado del clima.

Soleado 23°C a 30°C.

Actividad del día:

Se realiza proceso de verificación del estado del estuco, pintura y graniplas, en el área del hangar, quedando como novedad que se necesitan repar varias zonas cubiertas con graniplas, puesto que la humedad procedente del nivel freático afecta de manera regular la edificación.

Novedad: creación nip-reoane graniplas.


Residente Obra



Supervisor Obra.

martes 20 de mayo de 2025

Personal de Obra.

- Supervisor de Obra.
- Residente de Obra.
- Instalador de concertina.

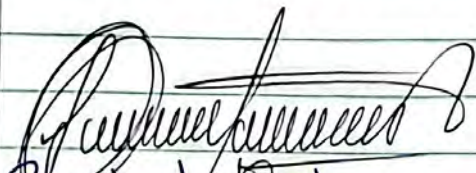
Estado del clima.

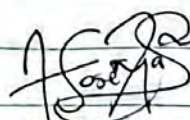
Soleado 29°C / 22°C

Actividad del día

- Se realiza inspección de calidad a la concertina a instalador, realizando un mejoramiento en calidad en la concertina pasando de lamina galvanizada a acero inoxidable 430 de alta seguridad.
- Se realiza proceso de verificación en calidad, a los tubos del cerramiento, seleccionando la mejor opción de las muestras allegadas.
- En concordancia, para el comité citado por parte del E.S.M el día de hoy, se manifiesta que fue cancelado y queda en espera de una reprogramación, quedando intangible el alcance de este frente de trabajo.

Nota: Se queda a la espera de una nueva citación para dar alcance al frente del E.S.M.


Residente de Obra


Supervisor obra.

miércoles 21 de mayo de 2025

Personal Obra.

- o Supervisor Obra
- o Residente Obra.

Estado del clima

23°C a 30°C

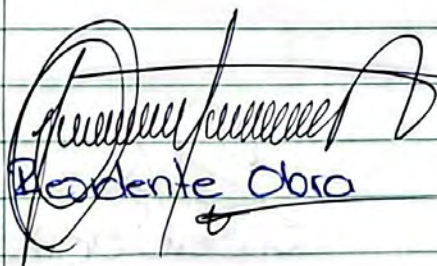
Actividad del día.

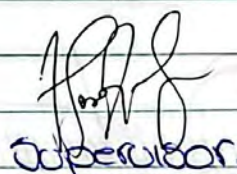
- o Se realiza proceso de verificación y socialización de los formatos de:

1. Corte Obra.
2. Actas Veracidad.
3. Balance de Obra.

esto con el fin de adelantar procesos que se deben radicar para el 25 de junio del 2025.

nota: todos los archivos serán cargados a la red.


Residente Obra


Supervisor.

Jueves 23 de mayo del 2025.

Personal Obra.

- Supervisor Obra
- Residente Obra.

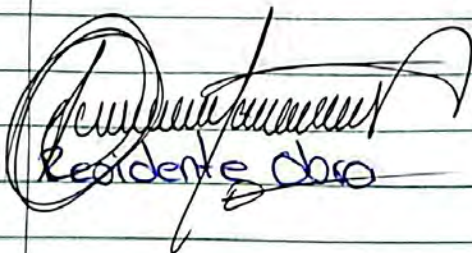
Estado del clima.

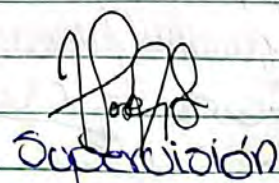
23°C a 30°C.

Actividad del día.

- Se realiza socialización de la programación de obra y sus respectivos periodos de intervención, donde se aclara la necesidad de trabajar en conjunto "contratista, supervisión" para mayor desarrollo en ejecución de actividades.
- sobre las 3pm se realiza comité de Obra, con el comando, para mostrar avances en el área de planificación.

nota: surge la importancia de dar viabilidad al área de intervención de sanidad, pues que tiene una inversión de recursos importante.


Residente Obra


Supervisión

Viernes 23 de mayo del 2025

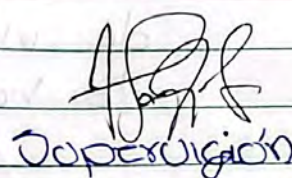
Personal Obra.

- o Supervisor Obra.
- o Residente Obra.

nota: se adelantan procesos administrativos para inicio de actividades.

no hay ingreso por ceremonia de la base.


Residente Obra


Supervisión

Lunes 26 de mayo del 2025.

Personal Obra.

hora ingreso
8:00 am.

- o Supervisor Obra.
- o Residente Obra.
- o 1 Ornamentador.
- o 2 Oficiales.

hora salida.
4:30 pm.

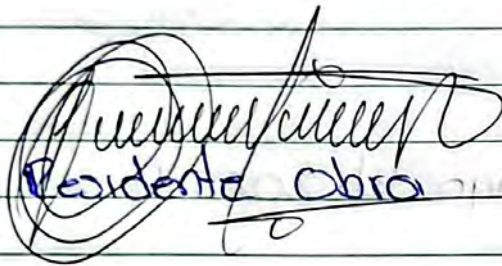
Estado clima.

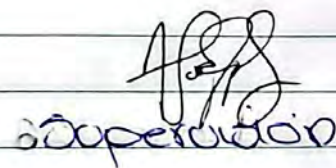
23°C a 30°C

Actividad del día.

- o Se inician actividades, sobre el cerramiento Principal, realizando el desmonte de la concertina existente y alambre de pua con tres líneas.

- Se da ingreso a 106 rollos de concertina y 3 rollos de alambres de puas con recubrimiento en puc, se alojaron sobre la zona dispuesta por el teniente rojas.
- Se realiza proceso de medición de cubiertas "com y apartamentos" para retomar fabricación en estas areas.
- Se solicita a supervisión, dar claridad de intervención en el com, que al día de hoy, no es claro.


Residente Obra


Supervisión

martes 27 de mayo del 2025

Personal Obra

hora ingreso
8:00 am.

- Supervisor Obra.
- Residente Obra.
- Residente sot.
- 1 maestro.
- 2 oficiales.

hora salida.

5:00 pm

Estado clima:

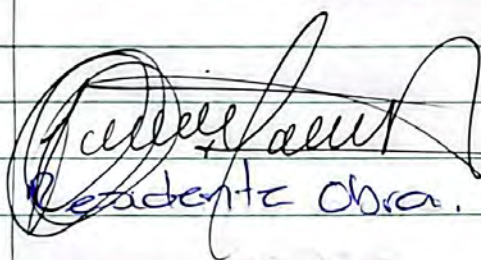
llovizna

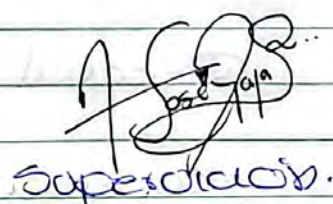
21°C a 28°C

9:15 am a 10:00 am.

- Sobre las 7:00am se realiza comité de obra, para la socialización de las actividades de intervención en el E.S.M. donde el resultado queda sujeto al análisis del laboratorio en operatividad, y de acuerdo a esto se dará la liberación de todo el espacio del E.S.M.
- Se sigue desarrollando el proceso de instalación de concertina y alambre de púas.
- Se evalúa la intervención de punto de acopio en la estructura de cubierta.

nota: a la fecha, el E.S.M. no tiene claro su inicio de intervención de actividades hasta tener claridad frente a temas internos administrativos.


Residente Obra.


Supervisor.

Miercoles 28 de mayo 2025

Personal Obra:

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| • Supervisor Obra. | • 2 oficiales. |
| • Residente Obra. | Hora Ingreso: 8:00am. |
| • Residente sot. | hora Salida: 5:00 pm. |
| • 1 maestro | Estado Clima: 21°C a 28°C |

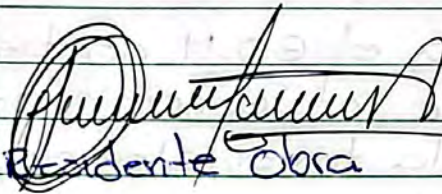
lluvia

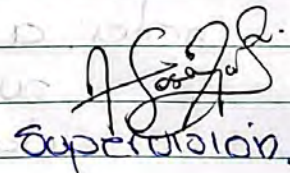
2:00pm a 3pm.

Actividades del día.

- Sobre las 8:00am, se inició el proceso de instalación de concertina sobre la malla perimetral.
- Se realiza trámite administrativo para la llegada de material de cubierta proyectado para el día viernes.

nota: ninguna.


Residente Obra


Supervisor.

Jueves 29 de mayo 2025

Personal Obra.

- Supervisor obra hora ingreso
- Residente obra. 8:00 am.
- Residente est. hora salida.
- 1 maestro obra. 5:00 pm.
- 2 oficiales.

Estado clima.

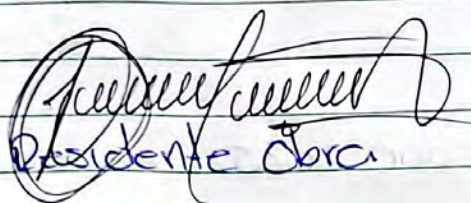
21°C a 28°C.

lluvia.

no se reportan.

Actividades del día.

- Se inician los procesos de instalación de concertina y alambre de púas.
- Se realiza comité de obra mostrando un avance del 3.22% sobre el 1.00% programado 2.22% encima de lo programado.
- Se realiza solicitud de apoyo para ingreso de feja el día sábado, teniendo el respaldo del coronel y las partes involucradas.


Residente Obra.


Supervisión.

Viernes 30 de mayo 2025

Personal obra. hora ingreso

- Supervisor obra. 8:00 am
- Residente obra. hora salida
- Residente 2st. 5:00 pm.
- maestro obra.
- 2 oficiales.

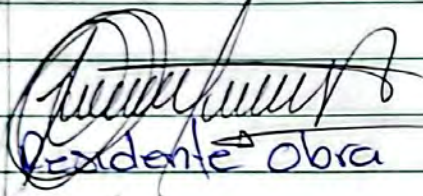
Estado clima.
21°C a 25°C.

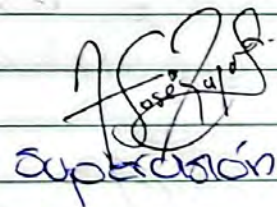
lluvias:
no se reportan.

Actividad del día.

- se realiza instalación de concertina y alambre de puas en el cerramiento perimetral sobre la calle 40
- se realiza gestión de ingreso para el tractor camión que transporta la teja designada para el área del hangar.

nota: ninguna.


Residente Obra


Supervisión

Sábado 31 de mayo 2025.

Personal Obra.

Hora ingreso
8:00 am.

- Supervisor Obra
- Residente Obra.
- Residente sot.
- maestro obra
- 2 oficiales.
- 3 instaladores cubiertas.

Hora salida.
4:30 pm.

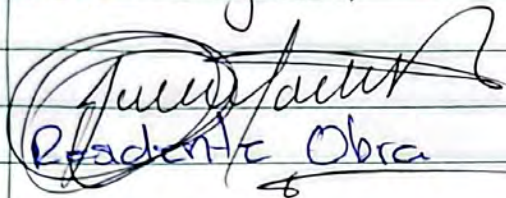
Estado del tiempo
21°C a 25°C

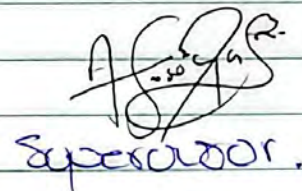
lluvias
no se reportan.

Actividades del día.

- Se inician labores en el area del shot de basura, abordando el proceso de mantenimiento a cubierta, realizando limpieza de la estructura y verificación de posibles fracturas.
- Sobre las 10:20 ingresa vehiculo de carga que transporta la cubierta de hangar.

nota: ninguna.


Residente Obra


Supervisor.

Lunes 2 de junio 2025

Personal obra.

Hora ingreso
8:00 am.

◦ Supervisor obra.

◦ Residente obra.

Hora Salida.

◦ Residente ext.

4:00 Pm.

◦ maestro obra.

Estado tiempo.

◦ 2 oficiales.

22°C a 23°C.

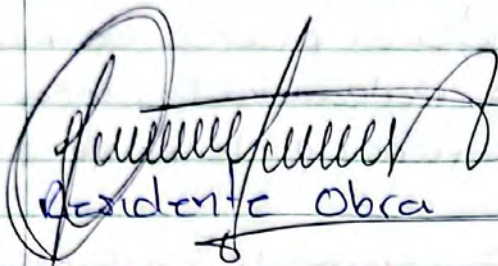
◦ 4 instaladores cubierta. lluvias.

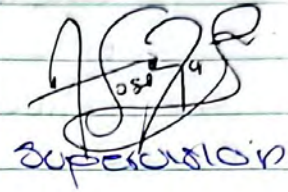
8:00 am a 5:00 pm.

Actividades del día.

- lavado shot basuras " cubierta"
- Organización: Puntos anclaje.
líneas de vida.

nota: no se desarrollan actividades
significativas, por lluvias en la
zona.


Residente Obra


Supervisor



ANEXO 3. FICHAS TECNICAS



CONCERTINA DE SEGURIDAD

REYCO INVERSIONES S.A.S

CATÁLOGO 2025

www.reycosas.co

PRODUCTOS

CONCERTINA DE SEGURIDAD

Formada por alambre de acero inoxidable o galvanizado como núcleo, armada con una cintilla de cuchillas o arpón (60 piezas por mt aprox.) punzo-cortantes y con una resistencia a la corrosión



Características

- Cintilla metálica en forma helicoidal
- Galvanizado Clase Comercial
- Acero Inoxidable Galvanizado
- Alto o bajo carbono
- Presentacion en Rollo

Ventajas

- Máxima protección
- Resistente al corte.
- Fácil de instalar
- Ideal como protección adicional para mallas, muros y áreas vulnerables que requieren seguridad.

Materiales de Cuchillaa	Acero Inoxidable o Galvanizado
Material de Alambre	Acero Inoxidable o Galvanizado
Calidad de Alambre	Alto o bajo Carbono
Vueltas por Rollo	Opcional
Clips o Grapas	Rollo



ESTÁNDAR SEGURIDAD



ALTA SEGURIDAD

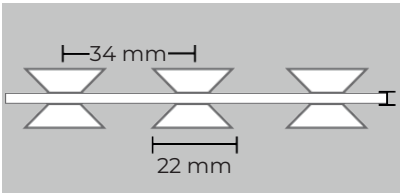


EXTREMA SEGURIDAD

MODELO BTO-22

Concertina de cuchilla media de gran difusión.

ESTÁNDAR

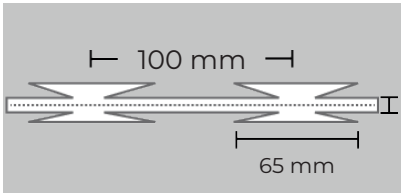


Diametro de Alamabre	22.5 mm
Longitud Cuchilla	22 mm
Separción ejes cuchilla	34 mm

MODELO CBT-65

Concertina de cuchilla larga

ALTA SEGURIDAD

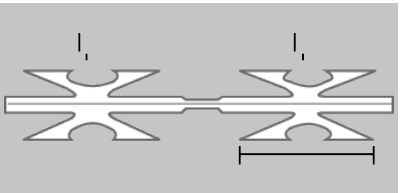


Diametro de Alamabre	2.5 mm
Longitud Cuchilla	65 mm
Separción ejes cuchilla	100 mm

MODELO CBT-60

Concertina de cuchilla larga, de 8 puntas

EXTREMA SEGURIDAD



Diametro de Alamabre	2.5 mm
Longitud Cuchilla	60 mm
Separción ejes cuchilla	100 mm



PRODUCTOS

CONCERTINA DE SEGURIDAD

ACCESORIOS PARA INSTALACIÓN



Tensor de Cuerda



Guaya



Perros



Soporte

Modelo	Diseño de Navaja	Diametros	Grado de Seguridad	Peso
		cm		Rollo (Kg)
BTO-22		45	Estándar	4.1
CBT-65		60	Alta	6.0
		45		4.5
CBT-60		60	Extrema	6.3
		45		4.7

Usos

- Protección perimetral para uso industrial y privado
- Seguridad en predios y calles con iluminación inapropiada
- Barreras militares o penitenciarias
- Impedir el paso de personal no autorizado a una determinada área



OFICINA PRINCIPAL BOGOTA

Calle 77 A # 76 - 23
La Granja - Bogota, Colombia

ventas4@reycosas.com
ventas5@reycosas.com

Fijo: (601) 794 2313
Celulares: 318 2259856 - 315 8441775

SUCURSAL CALI

Calle 5 # 76 -41, Local 9
Centro Comercial Capri
Cali - Valle del Cauca - Colombia

ventas1@reycosas.com
ventas3@reycosas.com

Fijo: (602) 401 7211 - (602) 389 6026
Celulares: 318 2065014 - 315 6125008

CATÁLOGO 2025

www.reycosas.co



ALAMBRE DE PÚAS RECUBIERO EN PVC

REYCO INVERSIONES S.A.S

CATÁLOGO 2025

www.reycosas.co

ALAMBRE DE PÚAS RECUBIERTO EN PVC

Consiste en un par de alambres galvanizados que se juntan formando un entorche recubiertos en PVC y que a su vez se sujeta con otro alambre torcido en perpendicular para formar la púa.



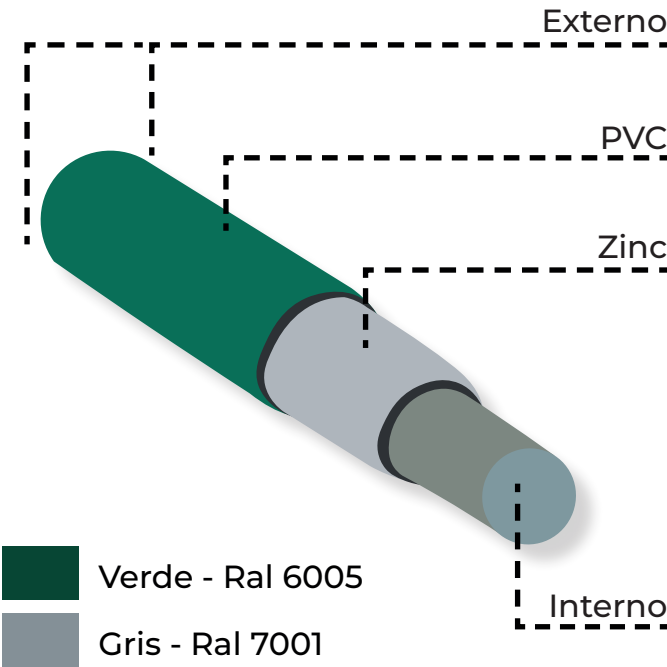
Características

- Resistencia mínima a la ruptura de 431 kgf
- Diferentes Calibres a pedido de Cliente
- Galvanizado o Acero Inoxidable
- Recubierto en PVC
- Torsión Doble y Simple
- Puntas Afiladas
- Protección UV

Ventajas

- Resistencia a la Rotura
- Resistente a la corrosión
- No contaminante
- Larga Vida Util

Características de Recubierto en PVC			
Interno		Externo	
BWG	mm	BWG	mm
11	3.05	8	4.19
12	2.77	9	3.76
13	2.41	10	3.40
14	2.11	11	3.05
15	1.83	12	2.77
16	1.65	13	2.41
17	1.47	14	2.11
18	1.24	15	1.83
19	1.07	16	1.65
20	0.89	17	1.47



Recorrido de 1 de alambre					
Calibre de Cadena de Púas		Separación de Púas			
		3"	4"	5"	6"
BWG	mm	Mts	Mts	Mts	Mts
12 X 12	2.77 X 2.77	6.062	6.759	7.270	7.638
12 X 14	2.77 X 2.11	7.334	7.905	8.302	8.574
12 - 1/2 X 12 - 1/2	2.60 X 2.60	6.922	7.719	8.302	8.722
12 - 1/2 X 14	2.60 X 2.11	8.110	881	9.224	9.562
13 X 13	2.41 X 2.41	7.981	890	9.572	10.055
13 X 14	2.41 X 2.11	8.845	9.690	10.292	10.715
13 - 1/2 X 14	2.26 X 2.11	9.608	10.613	11.471	11.855
14 X 14	2.11 X 2.11	10.457	11.659	12.542	13.175
14 - 1/2 X 14 - 1/2	1.97 X 1.97	11.988	13.367	14.378	15.103
15 X 15	1.83 X 1.83	13.893	15.494	16.667	17.507
15 - 1/2 X 15 - 1/2	1.74 X 1.74	15.349	17.114	18.406	19.339

Otros diametros pueden producirse bajo pedido



OFICINA PRINCIPAL BOGOTA

Calle 77 A # 76 - 23
La Granja - Bogota, Colombia

ventas4@reycosas.com
ventas5@reycosas.com

Fijo: (601) 794 2313
Celulares: 318 2259856 - 315 8441775

SUCURSAL CALI

Calle 5 # 76 -41, Local 9
Centro Comercial Capri
Cali - Valle del Cauca - Colombia

ventas1@reycosas.com
ventas3@reycosas.com

Fijo: (602) 401 7211 - (602) 389 6026
Celulares: 318 2065014 - 315 6125008

CATÁLOGO 2025

www.reycosas.co

INFORME ACTIVIDADES DEL SGSST GACAS



MAYO DE 2025

RESPONSABLE SST

JORGE RESTREPO TOVAR

TABLA DE CONTENIDO

INFORME GERENCIAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	3
1. RESUMEN EJECUTIVO	3
2. INFORME DE ACCIDENTABILIDAD	3
3. INGRESOS Y EGRESOS DEL SG-SST	4
3.1 Ingresos	4
3.2 Egresos	4
4. PLAN DE TRABAJO SST	4
5. ACCIONES DE MEJORA	5
6. MEDICINA LABORAL	5
7. ORDEN Y ASEO	5
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	5

INFORME GERENCIAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. RESUMEN EJECUTIVO

Durante el mes de mayo de 2025, se realizó inicio de las actividades de mantenimiento en la Base Aérea Militar de Yopal, donde se realizó el seguimiento detallado de las actividades en el cambio de la concertina del encerramiento perimetral de la Base, Ingreso y descargue de material para cambio de cubierta del hangar y la limpieza de la estructura metálica centro de acopio.

Resultados Principales

2. INFORME DE ACCIDENTABILIDAD

Indicador	Periodo Anterior	Periodo Actual	Variación (%)	Observaciones
Número de accidentes de trabajo	0	0	0	En el mes de mayo no se presentaron accidentes
Índice de frecuencia	0	0	0	En el mes de mayo no se presentaron accidentes
Índice de severidad	0	0	0	En el mes de mayo no se presentaron accidentes
Días de incapacidad acumulados	0	0	0	En el mes de mayo no se presentaron accidentes
Enfermedades laborales reportadas	0	0	0	En el mes de mayo no se presentaron accidentes

Sin accidentes laborales: No se reportaron incidentes ni accidentes de trabajo durante el mes de mayo, lo que refleja el cumplimiento de las normas de seguridad y la efectividad de las estrategias preventivas implementadas.

3. INGRESOS Y EGRESOS DEL SG-SST

3.1 Ingresos

Se realiza el ingreso del personal que va a realizar el cambio de la concertina y el cambio de cubierta de la base aérea militar de Yopal,

NOMBRE	CARGO	FECHA DE INGRESO
José Eduardo Vilardy	Oficial de Obra	26/05/2025
Armando Vilardy	Auxiliar de Obra	26/05/2025
Richard Molina	Auxiliar de Obra	26/05/2025
Yoly Omaira Baquero	Auxiliar de Montaje	30/05/2025
Ever Antonio Beltrán	Auxiliar de Montaje	30/05/2025
Ancizar Gutiérrez	Oficial de Montaje	30/05/2025
Cristian Martin Yate	Auxiliar de Montaje	30/05/2025

3.2 Egresos

Sin retiros de personal: No se registraron bajas o desvinculaciones de empleados, lo que evidencia estabilidad en el equipo de trabajo.

4. PLAN DE TRABAJO SST

Actividad	Responsable	Fecha Programada	Estado	Observaciones
Capacitaciones SST	Jorge Restrepo Tovar	27/05/2025 28/05/2025 29/05/2025 30/05/2025 31/05/2025	Ejecutado	<ul style="list-style-type: none">- Identificación de peligros y riesgos- Riesgo publico- Inducción- Hidratación- Higiene Postural
Inspección de andamios	Jorge Restrepo Tovar	27/05/2025	Ejecutado	<ul style="list-style-type: none">- Sin novedades
Permisos de Trabajo	Jorge Restrepo Tovar	27/05/2025	Ejecutado	<ul style="list-style-type: none">- Sin novedades

5. ACCIONES DE MEJORA

Hallazgo	Acción Correctiva	Responsable	Fecha Límite	Estado
27/05/2025	No se cuenta con botiquín en Campo	Arquitecto Residente	28/05/2025	Ejecutado

6. MEDICINA LABORAL

Se realizaron exámenes de ingreso para el personal de cambio de concertina y cambio de cubierta, sin novedades ni restricciones médicas.

Se anexan soportes de la IPS

Sin retiros de personal: No se registraron bajas o desvinculaciones de empleados, lo que evidencia estabilidad en el equipo de trabajo, por lo tanto, no se realizaron Exámenes de Egreso

7. ORDEN Y ASEO

Área Evaluada	Fecha de Inspección	Hallazgos	Acciones Tomadas	Responsable
Área de Trabajo	27/05/2025	No se Evidencia Kit de Emergencias	Compra de Kit de Emergencias	Arquitecto Residente

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desempeño del SG-SST en mayo ha sido positivo, manteniendo un ambiente laboral seguro y estable.

Se recomienda continuar con las estrategias de prevención de riesgos, capacitación en seguridad y fortalecimiento del compromiso del personal para mantener estos resultados en los próximos meses.



CONTROL SEMANAL

PROYECTO:			
FECHA	AREA DE TRABAJO	LUGAR DE TRABAJO	Enerramiento Perimetral
26 AL 31 DE MAYO	BASE AEREA MILITAR DE YOPAL		Centro de Acopio
			Centro Medico
CHARLA	IDENTIFICACION DE PELIGROS Y RIESGO, RIESGO PUBLICO, INDUCCION, HIDRATACION GOLPES DE CALOR, HIGIENE POSTURAL	PAUSAS ACTIVAS	SI
PERSONAL EN SITIO		H. INGRESO	H. SALIDA
JOSE EDUARDO VILARDY		08:00	17:00
ARMANDO VILARDY		08:00	17:00
RICHARD MOLINA		08:00	17:00
JHONATAN VELASCO		08:00	17:00
JORGE RESTREPO		08:00	17:00
OMAIRA VAQUERO		08:00	17:00
ANCIZAR GUTIERREZ		08:00	17:00
CRISTIAN MARTIN YATE		08:00	17:00

ACTIVIDADES EJECUTADAS

Desmontaje Concertina encerramiento perimetral base aerea, limpieza estructura centro de acopio, descargue teja centro medico

PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD: Jose Eduardo Vilardy, Armando Vilardy, Richar Molina, Omaira Vaquero, Ancizar Gutierrez, Cristian Yate

REGISTRO FOTOGRAFICO

SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO





SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO





AMBIENTAL





27 may 2025 10:13:55
5°19'4.47"N 72°23'26.244"W ±2.80m
19-45 Calle 40
Yopal
Casanare
Altitud: 308.5m
Velocidad: 0.9km/h
#Base Aérea Del Casanare

FIRMA RESIDENTE TÉCNICO



27 may 2025 11:45:23
5°19'4.494"N 72°23'26.256"W ±1.50m
19-45 Calle 40
Yopal
Casanare
Altitud: 316.3m
Velocidad: 2.0km/h
#Base Aérea Del Casanare

FIRMA SUPERVISOR SST

Fecha de elaboración:
08 de octubre de 2020

Fecha de última actualización:
16 de junio de 2021

Elaborado por:
Nombre: Maribel Prada
Cargo: Profesional HSE

Aprobado por:
Nombre: Ivan Diaz
Cargo: Lider SGI

Medellín, 21 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

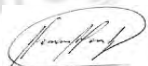
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

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 OBRA CIVIL		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C18920272	VILARDI ARMANDO	22/05/2025		21818017	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 21/05/2025 11:52:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.120, 198.143.41.37, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VILARDI ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **18.920.272** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 1997 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 21 de mayo 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:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

CAPRESOCA E.P.S.

NIT: 891876.000-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FO-AS-08

2024-09-30

V.03



MOVILIDAD 22/09/2025

Nº DE RADICADO		FECHA DE RADICADO	
I. DATOS DEL TRAMITE (Leer las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)		12 17 0 5 1 2 0 2 5	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐ E. Colectiva ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ b. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ C. Beneficiario ☐ D. Afiliación Adicional ☐	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código	
II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Primer Apellido: Vilardi Segundo Apellido: Armando		9. Tipo de documento de identidad: cc 10. No de documento de identidad: 18920272 11. Sexo Biológico: Femenino ☐ Masculino ☒ 12. Sexo Identificación: T ☐ NB ☐ Otro ☐ 13. Nacionalidad: Colombiano 14. Lugar de Nacimiento: Colombia 15. Fecha de Nacimiento: 22/02/1967	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI ☐ NO ☐	
19. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☐	20. Calsificación SISBEN: NIVEL ☐ GRUPO ☐	21. Grupo de población especial:	
22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL: Sura	23. Administradora de pensiones: Ponvenir	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-: 1.423.500	
25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: C/ 31 A N 30-54 Dirección: Casanare Departamento: Yopal Municipio/Distrito: Yopal Localidad/Comuna: Yopal	27. Teléfono: 3144067482 Teléfono Celular: 3144067482 Correo electrónico: Yopal Zona: ☒ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos basicos de identificación del conyuge o compañero (a) permanente del cotizante			
27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
28. Tipo de documento de identidad		29. No de documento de identidad	
30. Sexo Biológico: Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo Identificación: T ☐ NB ☐ Otro ☐	
32. Nacionalidad		33. Lugar de Nacimiento	
País:		Municipio:	
34. Fecha de Nacimiento			
Datos basicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
36. Tipo de documento		37. No del documento de identidad	
38. Nacionalidad		39. Sexo biológico: F ☐ M ☐	
40. Sexo Identificación: T ☐ NB ☐ Otro ☐		41. Lugar de nacimiento: País ☐ Dpto ☐ Mun ☐	
42. Fecha de nacimiento			
Datos complementarios del beneficiario			
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial: SI ☐ NO ☐
47. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☐	48. Clasificación SISBEN: Nivel ☐ Grupo ☐	49. Discapacidad: SI ☐ NO ☐	50. Incapacidad permanente: SI ☐ NO ☐
51. Datos de residencia			
Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal ☐ Centro poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto Rural ☐	Teléfono y/o celular
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Dirección			
Localidad / Comuna			
Correo Electrónico			



53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud		64. Código de la IPS	
C			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre de la razón social Melquicedec Molina Botello	56. Tipo de documento de identificación CC	57. No de documento de identificación 5046756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Dirección C/ 6 A N 2A-21	Teléfono	Correo electrónico Nuryce11@hotmail.com	Dpto. Casare
		Municipio Nunchia	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación	☐ 14. Movilidad
☐ 3. Actualización del documento de identidad	☐ 15. Traslado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
☐ 5. Terminación de la inscripción con la EPS	☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante
Código	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 21. Retiro de contribución solidaria
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para cotizar	
☐ 11. Inscripción a la EPS retorno al país	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	62. Sexo Biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
Primer Apellido	Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐	
Segundo Apellido		Otro ☐ Cual: ☐	
Tipo de documento de identidad	65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo del traslado
No documento de identidad		21052025	Código

VII. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

☐ 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 de los beneficiarios

☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 vigente y a las 5 entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013

☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y a de realizar los pagos correspondientes

☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidaria, según la encuesta del SISBEN 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 Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido		
Segundo Apellido		
Tipo de documento de identidad		
No del documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: *Armenio Volante*

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: *Melquicedec Molina*

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identificación

☐ 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 2018

☐ 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O ENTIDAD RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	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	95. Firma del funcionario
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
Tipo Documento de Identidad	
No Documento de Identidad	
Fecha de nacimiento	Fecha de validación

Observaciones:



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.091

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	05 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				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)							
VILARDI ARMANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	OS 3 MESES C	CC	18920272
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES							TIPO NO APLICA
RECOMENDACIONES NO APLICA							
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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.</p>							
Médico Firma: _____ Nombre: PERILLA CUBIDES CRISTIAN OSWALDO R. M.: 99350/2003 L.S.O.: 0642 - 07/06/				Aspirante o Trabajador Firma: _____ Nombre: VILARDI ARMANDO CC: 18920272			
Código de Seguridad E130K1Q26091							

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (la) Señor(a) RICHAR HUMBERTO MOLINA BOTELLO identificado(a) con C.C No. 1.118.530.768, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de mayo del 2025.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



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

Medellín, 21 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

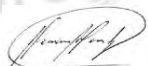
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

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 OBRA CIVIL			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1118530768	MOLINA MOLINA RICAR HUMBERTO	22/05/2025		221aAh8w	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 21/05/2025 11:41:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.120, 198.143.41.37, 172.16.42.57

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado		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 ☒ B. Independiente C. Pensionado		7. Código (a registrar por la EPS)			

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: Molina Segundo Apellido: Botello Primer Nombre: Richar Segundo Nombre: Humberto		9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1118530768		11. Sexo biológico Femenino Masculino ☒		12. Sexo Identificación F M ☒ T NB Otro		13. Nacionalidad Colombiano	
14. Lugar de nacimiento la Gloria		País Colombia		Departamento Casanare		Municipio la Gloria		15. Fecha de nacimiento 08/11/1985			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad SI No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN SI No		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA ARL		23. Administradora de Pensiones Colfondos		24. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria Teléfono Fijo					
26. Residencia Dirección CLL 37 N 7B-10											
Teléfono Celular 3229100425		Correo Electrónico Richard1985@gmail.com									
Departamento Casanare		Municipio / Distrito Yopal		Localidad / Comuna		Zona Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:		28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino Masculino		31. Sexo Identificación F M T NB Otro		32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:		34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A									

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre												
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
								SI No	Nivel Grupo	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad
B1								SI No	Nivel Grupo	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad
B2								SI No	Nivel Grupo	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad
B3								SI No	Nivel Grupo	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad
B4								SI No	Nivel Grupo	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad
B5								SI No	Nivel Grupo	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad	SI No	Categoría de discapacidad

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 Disperso	Resto Rural				
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		84. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS Yopal	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Molina Botello Melquicedec	CC	5046756	
59. Ubicación Dirección	60. Tipo de Novedad		61. Teléfono fijo o Celular
CLL 6A N 2A - 21	☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/> ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país.		
Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	
nuryce11@hotmail.com	Casanare	Nunchia	
☐ 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 trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primero Nombre	Segundo Nombre
63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	65. EPS anterior	
F M T ND Otro	DD MM AA	66. Fecha de novedad	
		21 05 2025	
67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
Código			

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 Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los 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 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 vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013. ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta del Ssbén 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primero Nombre	Segundo Nombre

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
RICHAR MOLINA BOTELLO	Melquiced Molina

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad ☐ 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 760 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	Cantidad de documentos de identidad anexas: CN RC TI CC CE PA CD SC PT Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL		
92. Identificación de la Entidad Territorial	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		95. Firma del funcionario		96. Fecha de validación		97. Fecha de validación	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primero Nombre	Segundo Nombre				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		98. Fecha de validación		99. Fecha de validación	

OBSERVACIONES:		Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial 1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		Nombre y Clave Asesor Comercial EPS SANITAS 1118544609	



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.098

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	05 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				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)							
MOLINA BOTELLO RICHAH HUMBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	DS 6 MESES 1:	CC	1118530768
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OBRERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES							TIPO
SIN RESTRICCIONES LABORALES							NO APLICA
RECOMENDACIONES							
NO APLICA							
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: <u>PERILLA CUBIDES CRISTIAN OSWALDO</u> Nombre: <u>PERILLA CUBIDES CRISTIAN OSWALDO</u> R. M.: 99350/2003 L.S.O.: 0642 - 07/06/				 Código de Seguridad Y130E1K26098			
				 Firma: <u>MOLINA BOTELLO RICHAH HUMBERTO</u> Nombre: <u>MOLINA BOTELLO RICHAH HUMBERTO</u> CC: 1118530768			

**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 EDUARDO VILARDI BOTELLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.540.898**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Mayo 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.

Medellín, 21 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

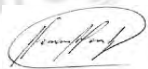
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

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 OBRA CIVIL			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1118540898	VILARDI BOTELLO JOSE EDUARDO	22/05/2025		14323q22	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 21/05/2025 11:54:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.120, 198.143.41.37, 172.16.42.57



2 MAYO 2025

Nº DE RADICADO		FECHA DE RADICADO									
		2 1 0 5 2 0 2 5									
I. DATOS DEL TRAMITE (Las las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)											
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: ☒ Colitante o cabeza de familia 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. Colitante ☒ C. Beneficiario ☐		6. Tipo de Colitante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐						7. Código			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del colitante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)											
8. Apellidos y Nombres Primer Apellido: Vilardi Segundo Apellido: Botello Primer Nombre: Jose Segundo Nombre: Eduardo											
9. Tipo de documento de identidad CC		10. No de documento de identidad 7118540898		11. Sexo Biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo Identificación T ☐ NB ☐ Otro ☐		13. Nacionalidad		14. Lugar de Nacimiento	
		Pais: Colombia		Departamento: Cesar		Municipio: La Gloria		15. Fecha de Nacimiento 11/03/1989			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS											
Datos personales											
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad SI ☐ NO ☐							
19. Tiene encuesta SISBEN ☐ SI ☐		20. Calsificación SISBEN NIVEL ☐ GRUPO ☐		21. Grupo de población especial:							
22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL Sura		23. Administradora de pensiones Porvenir		24. Ingreso Base de Cotización -IBC- 1.423.500				25. tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Cll 36-b-12-10		Teléfono		3144400729				Teléfono Celular			
Departamento: Casanare		Municipio/Distrito: Yopal		Localidad/Comuna				Correo electrónico			
								Zona Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro poblado ☐ Resto Rural ☐			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR											
Datos básicos de identificación del conyuge o compañero (a) permanente del colitante											
27. Apellidos y Nombres											
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre					
28. Tipo de documento de identidad		29. No de documento de identidad		30. Sexo Biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo Identificación T ☐ NB ☐ Otro ☐		32. Nacionalidad		33. Fecha de 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 de documento		37. No del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico F M		40. Sexo Identificación F M T NB Otro Cuál		41. Lugar de nacimiento Pais Dpto Mun	
B1										42. Fecha de nacimiento	
B2											
B3											
B4											
B5											
Datos complementarios del beneficiario											
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SI NO		48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	
B1										49. Discapacidad SI NO Categoría	
B2										50. Incapacidad permanente SI NO	
B3											
B4											
B5											
61. Datos de residencia											
Departamento		Municipio / Distrito		Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural disperso Resto Rural		Teléfono y/o celular		62. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
Dirección		Localidad / Comuna				Correo Electrónico					
B1											
B2											
B3											
B4											

B5. Institución prestadora de servicios de salud		B4. Código de la IPS	
B1. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud		B2. Código de la IPS	
B3. Dirección		B4. Código de la IPS	
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre de la razón social: Melquicedec		57. No de documento de identificación: 5046756	
56. Tipo de documento de identificación: CC		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
Dirección: CLL 6A N 2A-21		Dpto.: Casanare Municipio: Nunchia	
B. REPORTE DE NOVEDADES			
60. 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 con la EPS ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero ☐ 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 ser afiliado ☐ 11. Inscripción a la EPS retorno al país ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas ☐ 14. Movilidad ☐ 15. Traslado ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria ☐ 21. Retiro de contribución solidaria			
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Sexo identificación	
62. Sexo Biológico		63. Sexo identificación	
Femenino ☐ Masculino ☐		Femenino ☐ Masculino ☐	
64. Fecha de nacimiento		65. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones	
66. Fecha de novedad		67. Motivo del traslado	
21/05/2025		Código	
VII. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIONES			
☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales ☐ 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 de los beneficiarios ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 vigente y a las 5 entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013. ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y a de realizar los pagos correspondientes ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidaria, según la encuesta del SISBEN 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 de documento de identidad		No del documento de identidad	
IX. FIRMAS			
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	
Jose Vilardi		Melquicedec Molina	
X. ANEXOS			
82. Anexo copia del documento de identidad			
Cantidad de documentos de identidad anexas			
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 2018			
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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.			
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O ENTIDAD 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		95. Firma del funcionario	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		No Documento de identidad	
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	
00. Fecha de radicación		00. Fecha de radicación	
Observaciones:			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.097

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	05 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				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)							
VILARDI BOTELLO JOSE EDUARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	DS 2 MESES 1:	CC	1118540898
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OBRERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES							TIPO NO APLICA
RECOMENDACIONES NO APLICA							
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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.</p>							
Médico Firma: _____ Nombre: PERILLA CUBIDES CRISTIAN OSWALDO R. M.: 99350/2003 L.S.O.: 0642 - 07/06/				Aspirante o Trabajador Firma: _____ Nombre: VILARDI BOTELLO JOSE EDUARDO CC: 1118540898			
				 Código de Seguridad O130U1A26097			

Medellín, 29 de May 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 MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

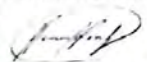
A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA CIVIL				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C40340986	BAQUERO MARTINEZ YOLY OMAIRA	30/05/2025		32362542	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 29/05/2025 14:46:29 .

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

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

Dirección IP: 186.84.88.0, 198.143.41.23, 172.16.42.57

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

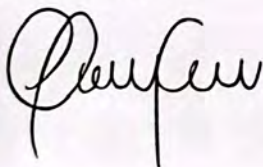
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YOLY OMAIRA BAQUERO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.340.986**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Mayo 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.

(Lee las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

1. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		A. Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Cotizante A. Individual ☒ B. Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		D. De Único		A. Contributivo ☒ B. Subsidado	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia		C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado		7. Código (se registra por la EPS)	
8. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: Baqueró Segundo Apellido: Martínez Primer Nombre: Yoly Segundo Nombre: Omaira		9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 40340986		11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino	
12. Sexo identificación F M T NO Otro		13. Nacionalidad Colombiana		14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Cundinamarca Municipio: Bogotá d.c.		15. Fecha de nacimiento 12/06/1985	
9. DATOS COMPLEMENTARIOS							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura ar		23. Administradora de Pensiones Porvenir		24. Ingreso base de cotización - IBC 1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia Dirección Cra 38 N 11 B -78		27. Teléfono celular 3123618487		28. Correo electrónico yolybaquez53@hotmail.com		29. Teléfono fijo	
30. Municipio / Distrito Meta		31. Localidad / Comuna Villavicencio		32. Zona Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso Centro Urbano Resto Rural			
10. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR UNIFICADO							
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
33. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Sexo biológico Femenino Masculino		39. Sexo identificación F M T NO Otro	
34. Lugar de nacimiento País		Departamento		Municipio		35. Fecha de nacimiento	
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico	
40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de nacimiento			
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Discapacidad		49. Ingresos		50. Ingresos permanentes	
51. Datos de residencia		52. Municipio / Distrito		53. Zona		54. Teléfono fijo y celular	
55. Tipo de documento de identidad		56. Número del documento de identidad		57. Sexo biológico		58. Sexo identificación	
59. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		60. Fecha de nacimiento		61. Parentesco		62. Etnia	
63. Comunidad		64. Grupo de población especial		65. Ingresos		66. Ingresos permanentes	
67. Tiene encuesta SISBÉN		68. Discapacidad		69. Ingresos		70. Ingresos permanentes	
71. Datos de residencia		72. Municipio / Distrito		73. Zona		74. Teléfono fijo y celular	
75. Tipo de documento de identidad		76. Número del documento de identidad		77. Sexo biológico		78. Sexo identificación	
79. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		80. Fecha de nacimiento		81. Parentesco		82. Etnia	
83. Comunidad		84. Grupo de población especial		85. Ingresos		86. Ingresos permanentes	
87. Tiene encuesta SISBÉN		88. Discapacidad		89. Ingresos		90. Ingresos permanentes	
91. Datos de residencia		92. Municipio / Distrito		93. Zona		94. Teléfono fijo y celular	
95. Tipo de documento de identidad		96. Número del documento de identidad		97. Sexo biológico		98. Sexo identificación	
99. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		100. Fecha de nacimiento		101. Parentesco		102. Etnia	
103. Comunidad		104. Grupo de población especial		105. Ingresos		106. Ingresos permanentes	
107. Tiene encuesta SISBÉN		108. Discapacidad		109. Ingresos		110. Ingresos permanentes	
111. Datos de residencia		112. Municipio / Distrito		113. Zona		114. Teléfono fijo y celular	
115. Tipo de documento de identidad		116. Número del documento de identidad		117. Sexo biológico		118. Sexo identificación	
119. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		120. Fecha de nacimiento		121. Parentesco		122. Etnia	
123. Comunidad		124. Grupo de población especial		125. Ingresos		126. Ingresos permanentes	
127. Tiene encuesta SISBÉN		128. Discapacidad		129. Ingresos		130. Ingresos permanentes	
131. Datos de residencia		132. Municipio / Distrito		133. Zona		134. Teléfono fijo y celular	
135. Tipo de documento de identidad		136. Número del documento de identidad		137. Sexo biológico		138. Sexo identificación	
139. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		140. Fecha de nacimiento		141. Parentesco		142. Etnia	
143. Comunidad		144. Grupo de población especial		145. Ingresos		146. Ingresos permanentes	
147. Tiene encuesta SISBÉN		148. Discapacidad		149. Ingresos		150. Ingresos permanentes	
151. Datos de residencia		152. Municipio / Distrito		153. Zona		154. Teléfono fijo y celular	
155. Tipo de documento de identidad		156. Número del documento de identidad		157. Sexo biológico		158. Sexo identificación	
159. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		160. Fecha de nacimiento		161. Parentesco		162. Etnia	
163. Comunidad		164. Grupo de población especial		165. Ingresos		166. Ingresos permanentes	
167. Tiene encuesta SISBÉN		168. Discapacidad		169. Ingresos		170. Ingresos permanentes	
171. Datos de residencia		172. Municipio / Distrito		173. Zona		174. Teléfono fijo y celular	
175. Tipo de documento de identidad		176. Número del documento de identidad		177. Sexo biológico		178. Sexo identificación	
179. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		180. Fecha de nacimiento		181. Parentesco		182. Etnia	
183. Comunidad		184. Grupo de población especial		185. Ingresos		186. Ingresos permanentes	
187. Tiene encuesta SISBÉN		188. Discapacidad		189. Ingresos		190. Ingresos permanentes	
191. Datos de residencia		192. Municipio / Distrito		193. Zona		194. Teléfono fijo y celular	
195. Tipo de documento de identidad		196. Número del documento de identidad		197. Sexo biológico		198. Sexo identificación	
199. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		200. Fecha de nacimiento		201. Parentesco		202. Etnia	
203. Comunidad		204. Grupo de población especial		205. Ingresos		206. Ingresos permanentes	
207. Tiene encuesta SISBÉN		208. Discapacidad		209. Ingresos		210. Ingresos permanentes	
211. Datos de residencia		212. Municipio / Distrito		213. Zona		214. Teléfono fijo y celular	
215. Tipo de documento de identidad		216. Número del documento de identidad		217. Sexo biológico		218. Sexo identificación	
219. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		220. Fecha de nacimiento		221. Parentesco		222. Etnia	
223. Comunidad		224. Grupo de población especial		225. Ingresos		226. Ingresos permanentes	
227. Tiene encuesta SISBÉN		228. Discapacidad		229. Ingresos		230. Ingresos permanentes	
231. Datos de residencia		232. Municipio / Distrito		233. Zona		234. Teléfono fijo y celular	
235. Tipo de documento de identidad		236. Número del documento de identidad		237. Sexo biológico		238. Sexo identificación	
239. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		240. Fecha de nacimiento		241. Parentesco		242. Etnia	
243. Comunidad		244. Grupo de población especial		245. Ingresos		246. Ingresos permanentes	
247. Tiene encuesta SISBÉN		248. Discapacidad		249. Ingresos		250. Ingresos permanentes	
251. Datos de residencia		252. Municipio / Distrito		253. Zona		254. Teléfono fijo y celular	
255. Tipo de documento de identidad		256. Número del documento de identidad		257. Sexo biológico		258. Sexo identificación	
259. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		260. Fecha de nacimiento		261. Parentesco		262. Etnia	
263. Comunidad		264. Grupo de población especial		265. Ingresos		266. Ingresos permanentes	
267. Tiene encuesta SISBÉN		268. Discapacidad		269. Ingresos		270. Ingresos permanentes	
271. Datos de residencia		272. Municipio / Distrito		273. Zona		274. Teléfono fijo y celular	
275. Tipo de documento de identidad		276. Número del documento de identidad		277. Sexo biológico		278. Sexo identificación	
279. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		280. Fecha de nacimiento		281. Parentesco		282. Etnia	
283. Comunidad		284. Grupo de población especial		285. Ingresos		286. Ingresos permanentes	
287. Tiene encuesta SISBÉN		288. Discapacidad		289. Ingresos		290. Ingresos permanentes	
291. Datos de residencia		292. Municipio / Distrito		293. Zona		294. Teléfono fijo y celular	
295. Tipo de documento de identidad		296. Número del documento de identidad		297. Sexo biológico		298. Sexo identificación	
299. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		300. Fecha de nacimiento		301. Parentesco		302. Etnia	
303. Comunidad		304. Grupo de población especial		305. Ingresos		306. Ingresos permanentes	
307. Tiene encuesta SISBÉN		308. Discapacidad		309. Ingresos		310. Ingresos permanentes	
311. Datos de residencia		312. Municipio / Distrito		313. Zona		314. Teléfono fijo y celular	
315. Tipo de documento de identidad		316. Número del documento de identidad		317. Sexo biológico		318. Sexo identificación	
319. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		320. Fecha de nacimiento		321. Parentesco		322. Etnia	
323. Comunidad		324. Grupo de población especial		325. Ingresos		326. Ingresos permanentes	
327. Tiene encuesta SISBÉN		328. Discapacidad		329. Ingresos		330. Ingresos permanentes	
331. Datos de residencia		332. Municipio / Distrito		333. Zona		334. Teléfono fijo y celular	
335. Tipo de documento de identidad		336. Número del documento de identidad		337. Sexo biológico		338. Sexo identificación	
339. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		340. Fecha de nacimiento		341. Parentesco		342. Etnia	
343. Comunidad		344. Grupo de población especial		345. Ingresos		346. Ingresos permanentes	
347. Tiene encuesta SISBÉN		348. Discapacidad		349. Ingresos		350. Ingresos permanentes	
351. Datos de residencia		352. Municipio / Distrito		353. Zona		354. Teléfono fijo y celular	
355. Tipo de documento de identidad		356. Número del documento de identidad		357. Sexo biológico		358. Sexo identificación	
359. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		360. Fecha de nacimiento		361. Parentesco		362. Etnia	
363. Comunidad		364. Grupo de población especial		365. Ingresos		366. Ingresos permanentes	
367. Tiene encuesta SISBÉN		368. Discapacidad		369. Ingresos		370. Ingresos permanentes	
371. Datos de residencia		372. Municipio / Distrito		373. Zona		374. Teléfono fijo y celular	
375. Tipo de documento de identidad		376. Número del documento de identidad		377. Sexo biológico		378. Sexo identificación	
379. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		380. Fecha de nacimiento		381. Parentesco		382. Etnia	
383. Comunidad		384. Grupo de población especial		385. Ingresos		386. Ingresos permanentes	
387. Tiene encuesta SISBÉN		388. Discapacidad		389. Ingresos		390. Ingresos permanentes	
391. Datos de residencia		392. Municipio / Distrito		393. Zona		394. Teléfono fijo y celular	
395. Tipo de documento de identidad		396. Número del documento de identidad		397. Sexo biológico		398. Sexo identificación	
399. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		400. Fecha de nacimiento		401. Parentesco		402. Etnia	
403. Comunidad		404. Grupo de población especial		405. Ingresos		406. Ingresos permanentes	
407. Tiene encuesta SISBÉN		408. Discapacidad		409. Ingresos		410. Ingresos permanentes	
411. Datos de residencia		412. Municipio / Distrito		413. Zona		414. Teléfono fijo y celular	
415. Tipo de documento de identidad		416. Número del documento de identidad		417. Sexo biológico		418. Sexo identificación	
419. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		420. Fecha de nacimiento		421. Parentesco		422. Etnia	
423. Comunidad		424. Grupo de población especial		425. Ingresos		426. Ingresos permanentes	
427. Tiene encuesta SISBÉN		428. Discapacidad		429. Ingresos		430. Ingresos permanentes	
431. Datos de residencia		432. Municipio / Distrito		433. Zona		434. Teléfono fijo y celular	
435. Tipo de documento de identidad		436. Número del documento de identidad		437. Sexo biológico		438. Sexo identificación	
439. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		440. Fecha de nacimiento		441. Parentesco		442. Etnia	
443. Comunidad		444. Grupo de población especial		445. Ingresos		446. Ingresos permanentes	
447. Tiene encuesta SISBÉN		448. Discapacidad		449. Ingresos		450. Ingresos permanentes	
451. Datos de residencia		452. Municipio / Distrito		453. Zona		454. Teléfono fijo y celular	
455. Tipo de documento de identidad		456. Número del documento de identidad		457. Sexo biológico		458. Sexo identificación	
459. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		460. Fecha de nacimiento		461. Parentesco		462. Etnia	
463. Comunidad		464. Grupo de población especial		465. Ingresos		466. Ingresos permanentes	
467. Tiene encuesta SISBÉN		468. Discapacidad		469. Ingresos		470. Ingresos permanentes	
471. Datos de residencia		472. Municipio / Distrito		473. Zona		474. Teléfono fijo y celular	
475. Tipo de documento de identidad		476. Número del documento de identidad		477. Sexo biológico		478. Sexo identificación	
479. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		480. Fecha de nacimiento		481. Parentesco		482. Etnia	
483. Comunidad		484. Grupo de población especial		485. Ingresos		486. Ingresos permanentes	
487. Tiene encuesta SISBÉN		488. Discapacidad		489. Ingresos		490. Ingresos permanentes	
491. Datos de residencia		492. Municipio / Distrito		493. Zona		494. Teléfono fijo y celular	
495. Tipo de documento de identidad		496. Número del documento de identidad		497. Sexo biológico		498. Sexo identificación	
499. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		500. Fecha de nacimiento		501. Parentesco		502. Etnia	
503. Comunidad		504. Grupo de población especial		505. Ingresos		506. Ingresos permanentes	
507. Tiene encuesta SISBÉN		508. Discapacidad		509. Ingresos		510. Ingresos permanentes	
511. Datos de residencia		512. Municipio / Distrito		513. Zona		514. Teléfono fijo y celular	
515. Tipo de documento de identidad		516. Número del documento de identidad		517. Sexo biológico		518. Sexo identificación	
519. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		520. Fecha de nacimiento		521. Parentesco		522. Etnia	
523. Comunidad		524. Grupo de población especial		525. Ingresos		526. Ingresos permanentes	
527. Tiene encuesta SISBÉN		528. Discapacidad		529. Ingresos		530. Ingresos permanentes	
531. Datos de residencia		532. Municipio / Distrito		533. Zona		534. Teléfono fijo y celular	
535. Tipo de documento de identidad		536. Número del documento de identidad		537. Sexo biológico		538. Sexo identificación	
539. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		540. Fecha de nacimiento		541. Parentesco		542. Etnia	
543. Comunidad		544. Grupo de población especial		545. Ingresos		546. Ingresos permanentes	
547. Tiene encuesta SISBÉN		548. Discapacidad		549. Ingresos		550. Ingresos permanentes	
551. Datos de residencia		552. Municipio / Distrito		553. Zona		554. Teléfono fijo y celular	
555. Tipo de documento de identidad		556. Número del documento de identidad		557. Sexo biológico		558. Sexo identificación	
559. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		560. Fecha de nacimiento		561. Parentesco		562. Etnia	
563. Comunidad		564. Grupo de población especial		565. Ingresos		566. Ingresos permanentes	
567. Tiene encuesta SISBÉN		568. Discapacidad		569. Ingresos		570. Ingresos permanentes	
571. Datos de residencia		572. Municipio / Distrito		573. Zona		574. Teléfono fijo y celular	
575. Tipo de documento de identidad		576. Número del documento de identidad		577. Sexo biológico		578. Sexo identificación	
579. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		580. Fecha de nacimiento		581. Parentesco		582. Etnia	
583. Comunidad		584. Grupo de población especial		585. Ingresos		586. Ingresos permanentes	
587. Tiene encuesta SISBÉN		588. Discapacidad		589. Ingresos		590. Ingresos permanentes	
591. Datos de residencia		592. Municipio / Distrito		593. Zona		594. Teléfono fijo y celular	
595. Tipo de documento de identidad		596. Número del documento de identidad		597. Sexo biológico		598. Sexo identificación	
599. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		600. Fecha de nacimiento		601. Parentesco		602. Etnia	
603. Comunidad		604. Grupo de población especial		605. Ingresos		606. Ingresos permanentes	
607. Tiene encuesta SISBÉN		608. Discapacidad		609. Ingresos		610. Ingresos permanentes	
611. Datos de residencia		612.					

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (se registra por la EPS)
C	IPS Villaviciencio	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

55. Nombre o razón social				56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS)
Melquicedec Botello Molina Botello				cc	5046756	

59. Ubicación Dirección		Teléfono fijo o Celular	
Clt 6a N 2 A 21		3112078401	
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
NuryCe11@hotmail.com		Casanare	Nunchia

60. Tipo de Novedad		12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/> ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país.		☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado ☒ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☒ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cotizante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
		29/05/2025		Código			

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 Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de labores de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 72. Declaración de no información 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. ☒ 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 Decreto 1377 de 2013. ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajería de texto. ☐ 77. Autorización de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐ 78. Autorización de la actualización del grupo familiar y las tarifas de Contribución Solidaria, según la encuesta del Dabén 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando es afiliado o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Yoly Baquero	Melquicedec Molina

82. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando es afiliado o afiliado adicional		83. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
Yoly Baquero		Melquicedec Molina	

84. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Harley Andres Castro Higuera							

85. Fecha de validación		86. Firma del beneficiario	
11/05/2025			

87. Fecha de validación		88. Firma del beneficiario	
11/05/2025			

89. Identificación y nombre del beneficiario		90. Identificación y nombre del beneficiario	
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609	

Medellín, 29 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

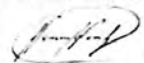
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

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 OBRA CIVIL				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1121843704	BELTRAN BELTRAN EVER ANTONIO	30/05/2025		234bR231	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 29/05/2025 14:40:56.

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

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

Dirección IP: 186.84.88.0, 198.143.41.23, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4014833912

Fecha de Radicación

2/9/05/2/02/5

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo afiliación A. Individual ☒ 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 ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) 1	

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

8. Apellidos y nombres BELTRAN Primer apellido	BELTRAN Segundo apellido	EVER Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre
9. Tipo documento de Identidad CC	10. Número del documento de Identidad 1121843704	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
13. Nacionalidad COLOMBIA	14. Lugar Nacimiento País: COLOMBIA Departamento: META Municipio: VILLAVICENCIO	15. Fecha Nacimiento 2/2/07/11/9/8	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia 6	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☒
19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ NO ☒	20. Clasificación SISBEN Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo población especial
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	23. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500
25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia CL 28 B SUR 37 A 34 Dirección META Departamento	
27. Teléfono fijo	3202842777 Teléfono celular	NURYCE11@HOTMAIL.COM Correo electrónico
VILLAVICENCIO Municipio/Distrito	Localidad / comuna	Zona Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
28. Tipo documento de Identidad	29. Número documento Identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento País: Departamento: Municipio:	34. Fecha Nacimiento	

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

35. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre						
36. Tipo documento de Identidad	37. Número de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico Femenino Masculino F M T NB otro cual	40. Sexo identificación F M T NB otro cual	41. Lugar Nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN Si No Nivel Grupo	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad Si No Categoría	50. Incapacidad Permanente Si No
B1 B2 B3 B4 B5							
51. Datos de residencia Departamento Municipio/Distrito				Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural		Teléfono Fijo y/o celular	
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)							
Dirección				Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1 B2 B3 B4 B5							

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS TORRE 33 - VS TORRE 33	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSTORRE33 - VSTORRE33
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social MELQUEIDEC BOTELLO MOLINA BOTELLO	56. Tipo de identificación CC	57. Número de documento de identificación 5046756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
59. Ubicación CL 5A N 2A 21 Dirección	3112078401 Teléfono fijo o celular	NURYCE11@HOTMAIL.COM Correo electrónico	CASANARE Departamento
		I	NUNCHIA Municipio/distrito

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

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 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

☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida 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 trámite 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	
				Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
65. EPS anterior		66. Fecha de Novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
		2[9 0 5 2 0 2 5]		Código:			

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 Contributivo, 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 intervención 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
76. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico 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
--	---

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TL ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total:
- ☐ 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 unión 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 unión 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 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.
- ☐ 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		95. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad		
<input type="text"/>			
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, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

**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:

EBER ANTONIO BELTRAN BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.843.704**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Mayo 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.

Medellín, 29 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

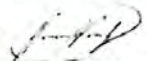
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

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 OBRA CIVIL			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C86065914	GUTIERREZ LADINO ANCIZAR HERNEY	30/05/2025		63130123	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 29/05/2025 14:37:38 .

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

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

Dirección IP: 186.84.88.0, 198.143.41.23, 172.16.42.57

9012070009
9012070009

29348826

29 05 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite

A. Afiliación
B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: Colitante o cabeza de familia ☒
B. Colectiva: Beneficiario o afiliado adicional

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

3. Régimen

A. Contributivo ☒
B. Subsidio ☒
C. Institucional ☒
D. De otros

4. Tipo de afiliado

A. Colitante ☒
B. Cabeza de familia ☒
C. Beneficiario ☒
D. Pensionado

5. Tipo de colitante

A. Dependiente ☒
B. Independiente ☒
C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

6. Apellidos y nombre: **GUTIERREZ**

LADINO

ANCIZAR

HERNEY

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número del documento de identidad

86065914

9. Sexo

Femenino ☒ Masculino

10. Fecha de nacimiento

28

10

1980

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Datos complementarios (Datos personales)

16. Administración de pensiones

17. Ingresos base de cotización

18. Residencia

\$1.423.500

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

23. Fecha de nacimiento

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

36. Apellidos y nombres

37. Tipo de documento de identidad

38. Número del documento de identidad

39. Sexo

40. Fecha de nacimiento

41. Apellidos y nombres

42. Tipo de documento de identidad

43. Número del documento de identidad

44. Sexo

45. Fecha de nacimiento

46. Apellidos y nombres

47. Tipo de documento de identidad

48. Número del documento de identidad

49. Sexo

50. Fecha de nacimiento

51. Apellidos y nombres

52. Tipo de documento de identidad

53. Número del documento de identidad

54. Sexo

55. Fecha de nacimiento

56. Apellidos y nombres

57. Tipo de documento de identidad

58. Número del documento de identidad

59. Sexo

60. Fecha de nacimiento

61. Apellidos y nombres

62. Tipo de documento de identidad

63. Número del documento de identidad

64. Sexo

65. Fecha de nacimiento

66. Apellidos y nombres

67. Tipo de documento de identidad

68. Número del documento de identidad

69. Sexo

70. Fecha de nacimiento

71. Apellidos y nombres

72. Tipo de documento de identidad

73. Número del documento de identidad

74. Sexo

75. Fecha de nacimiento

76. Apellidos y nombres

77. Tipo de documento de identidad

78. Número del documento de identidad

79. Sexo

80. Fecha de nacimiento

81. Apellidos y nombres

82. Tipo de documento de identidad

83. Número del documento de identidad

84. Sexo

85. Fecha de nacimiento

86. Apellidos y nombres

87. Tipo de documento de identidad

88. Número del documento de identidad

89. Sexo

90. Fecha de nacimiento

91. Apellidos y nombres

92. Tipo de documento de identidad

93. Número del documento de identidad

94. Sexo

95. Fecha de nacimiento

96. Apellidos y nombres

97. Tipo de documento de identidad

98. Número del documento de identidad

99. Sexo

100. Fecha de nacimiento

101. Apellidos y nombres

102. Tipo de documento de identidad

103. Número del documento de identidad

104. Sexo

105. Fecha de nacimiento

106. Apellidos y nombres

107. Tipo de documento de identidad

108. Número del documento de identidad

109. Sexo

110. Fecha de nacimiento

111. Apellidos y nombres

112. Tipo de documento de identidad

113. Número del documento de identidad

114. Sexo

115. Fecha de nacimiento

116. Apellidos y nombres

117. Tipo de documento de identidad

118. Número del documento de identidad

119. Sexo

120. Fecha de nacimiento

121. Apellidos y nombres

122. Tipo de documento de identidad

123. Número del documento de identidad

124. Sexo

125. Fecha de nacimiento

126. Apellidos y nombres

127. Tipo de documento de identidad

128. Número del documento de identidad

129. Sexo

130. Fecha de nacimiento

131. Apellidos y nombres

132. Tipo de documento de identidad

133. Número del documento de identidad

134. Sexo

135. Fecha de nacimiento

136. Apellidos y nombres

137. Tipo de documento de identidad

138. Número del documento de identidad

139. Sexo

140. Fecha de nacimiento

141. Apellidos y nombres

142. Tipo de documento de identidad

143. Número del documento de identidad

144. Sexo

145. Fecha de nacimiento

146. Apellidos y nombres

147. Tipo de documento de identidad

148. Número del documento de identidad

149. Sexo

150. Fecha de nacimiento

151. Apellidos y nombres

152. Tipo de documento de identidad

153. Número del documento de identidad

154. Sexo

155. Fecha de nacimiento

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

156. Apellidos y nombres

157. Tipo de documento de identidad

158. Número del documento de identidad

159. Sexo

160. Fecha de nacimiento

161. Apellidos y nombres

162. Tipo de documento de identidad

163. Número del documento de identidad

164. Sexo

165. Fecha de nacimiento

166. Apellidos y nombres

167. Tipo de documento de identidad

168. Número del documento de identidad

169. Sexo

170. Fecha de nacimiento

171. Apellidos y nombres

172. Tipo de documento de identidad

173. Número del documento de identidad

174. Sexo

175. Fecha de nacimiento

176. Apellidos y nombres

177. Tipo de documento de identidad

178. Número del documento de identidad

179. Sexo

180. Fecha de nacimiento

181. Apellidos y nombres

182. Tipo de documento de identidad

183. Número del documento de identidad

184. Sexo

185. Fecha de nacimiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

186. Tipo de Novedad

187. Modificación de datos básicos de identificación

188. Corrección de datos básicos de identificación

189. Actualización del documento de identidad

190. Actualización y corrección de datos complementarios

191. Terminación de la inscripción en la EPS

192. Cambio de EPS

193. Inactivación de beneficiario o de afiliado adicional

194. Exclusión de beneficiario o de afiliado adicional

195. Ingreso de beneficiario o de afiliado adicional

196. Inactivación de beneficiario o de afiliado adicional

197. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

198. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

199. Movilidad A Régimen Contributivo

200. Régimen Subsidio

201. Traslado A Mismo Régimen

202. Traslado A Diferente Régimen

203. Reporte de fallecimiento

204. Reporte de cambio de residencia

205. Reporte de cambio de zona

206. Reporte de cambio de departamento

207. Reporte de cambio de municipio

208. Reporte de cambio de barrio

**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:

ANCIZAR HERNEY GUTIERREZ LADINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **86.065.914**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Mayo 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.

Medellin, 29 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

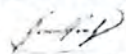
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MOLINA BOTELLO MELQUICEDEC.

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 OBRA CIVIL			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1121895634	YATE RODRIGUEZ CRISTHIAN MARTIN	30/05/2025		201192uG	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 29/05/2025 14:56:45 .

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

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

Dirección IP: 186.84.88.0, 198.143.41.23, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

**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:

 **CRISTHIAN MARTIN YATE RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.895.634**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Mayo 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.

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

I. DATOS DEL TRÁMITE									
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐				3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		4. 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 ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐				7. Código (a registrar por la EPS)			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: Yate Segundo Apellido: Rodriguez Primer Nombre: Cristhian Segundo Nombre: Martin									
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1.121.895.634		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ ND ☐ Otro ☐		13. Nacionalidad Cul: Colombiano	
14. Lugar de nacimiento Cundinamarca Colombia		14. Lugar de nacimiento Cundinamarca Bogota D.C		15. Fecha de nacimiento 23/12/1992					
III. DATOS COMPLEMENTARIOS									
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura arl		23. Administradora de Pensiones Porvenir		24. Ingreso base de cotización - IBC 1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección cll 28 B sur N 37 A -34 Teléfono Fijo									
Teléfono Celular 312 5258287		Correo Electrónico Cristhianmart57@hotmail.com							
Municipio Meta		Municipio / Distrito Villavicencio		Localidad / Comuna		Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR									
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante									
27. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ ND ☐ Otro ☐		32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento							
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
35. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación	
41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento							
Datos complementarios del beneficiario									
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBEN	
48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Discapacidad permanente					
51. Datos de residencia									
Departamento		Municipio / Distrito		Zona		Teléfono fijo y celular		52. Valor de la UPC del municipio de radicación en el momento de la afiliación	
53. Tipo de vivienda		54. Tipo de vivienda		55. Tipo de vivienda		56. Tipo de vivienda		57. Tipo de vivienda	
58. Tipo de vivienda		59. Tipo de vivienda		60. Tipo de vivienda		61. Tipo de vivienda		62. Tipo de vivienda	
63. Tipo de vivienda		64. Tipo de vivienda		65. Tipo de vivienda		66. Tipo de vivienda		67. Tipo de vivienda	
68. Tipo de vivienda		69. Tipo de vivienda		70. Tipo de vivienda		71. Tipo de vivienda		72. Tipo de vivienda	
73. Tipo de vivienda		74. Tipo de vivienda		75. Tipo de vivienda		76. Tipo de vivienda		77. Tipo de vivienda	
78. Tipo de vivienda		79. Tipo de vivienda		80. Tipo de vivienda		81. Tipo de vivienda		82. Tipo de vivienda	
83. Tipo de vivienda		84. Tipo de vivienda		85. Tipo de vivienda		86. Tipo de vivienda		87. Tipo de vivienda	
88. Tipo de vivienda		89. Tipo de vivienda		90. Tipo de vivienda		91. Tipo de vivienda		92. Tipo de vivienda	
93. Tipo de vivienda		94. Tipo de vivienda		95. Tipo de vivienda		96. Tipo de vivienda		97. Tipo de vivienda	
98. Tipo de vivienda		99. Tipo de vivienda		100. Tipo de vivienda		101. Tipo de vivienda		102. Tipo de vivienda	

53. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
c IPS Villavicencio		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social Melquicedec Botello Molina Botello		56. Tipo documento de identificación CC	57. Número del documento de identificación 5046756
58. Ubicación Dirección Cll 6a N 2A 21		Teléfono fijo o Celular 3112078401	
Correo Electrónico NURYCE11@hotmail.com		Departamento Casanare	Municipio / Distrito Nunchia
60. Tipo de Novedad			
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/> ☐ 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. Inscripción EPS interno 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 Subsidado ☒ 15. Traslado: ☒ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de tafeamiento del Cónyuge o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.			

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
61. Datos básicos de identificación		Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	
62. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	63. Sexo biológico Femenino Masculino	64. Fecha de nacimiento
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 29/05/2025	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 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 impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. ☒ 72. Declaración de no información del cónyuge, 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 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. ☒ 75. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒ 76. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☒ 77. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábón vigente. ☒ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábón vigente.			

V. 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
69. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando pague o afiliado adicional		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	
Orishian Yate		Melquicedec Molina	
☐ 82. Anverso copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anverso: CN RC TI CC CE PA CD SC PT ☐ 83. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de constitución 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 constitución o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de inscripción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del auto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad, o el consentimiento de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los otros 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 auto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.			

V. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	93. Nombre de la institución

V. 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			

95. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del beneficiario	97. Fecha de validación

1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609
--	--	------------



CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: higiene postural.

Entrenamiento

Capacitación

Charla

*

Reunion

CAPACITADOR: Jorge Restrepo Jovar.

Lugar: Base aerea militar de YORAI.

FECHA: 31-Mayo-2025.

Hora inicio:

Hora final:

OBJETIVO: Dar a conocer a los trabajadores las consecuencias de realizar trabajos teniendo una postura inadecuada

Numero de trabajadores programados:

Numero de trabajadores que asistieron:

No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación		Observaciones
					Aprobo	No aprobo	
1	RICHARD MOLINO	1115530768	ayudante	RICHARD			
2	Jorge Vilanova	7118540848	Supervisor	Jorge Vilanova			
3	JOSE ROBERTO	80340088		JOSE ROBERTO			
4	JOSE LUIS	1121845634		JOSE LUIS			
5	ANDREA GARCIA	80065916	Ingénieur	ANDREA GARCIA			
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:

Jorge Restrepo



CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: Hidratación.		Entrenamiento		Capacitación		
		Charla		Reunion		
CAPACITADOR: Jorge Restrepo Jovan		Lugar: Base aérea militar de VORCA				
FECHA: 30-Mayo-2025		Hora inicio:		Hora final:		
OBJETIVO: sensibilizar al personal de la importancia de hidratarse adecuadamente durante la jornada laboral.						
Numero de trabajadores programados:			Numero de trabajadores que asistieron:			
No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación	Observaciones
					Aprobo	No aprobo
1	RICHARD Molina	1118530768	Aludante	RICHARD		
2	José Eduardo Uribe	7410810898	Supervisor	José		
3	Alfonso D. Vildete	18920277	Ayudante	Alfonso		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:			Jorge Restrepo			



CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: induccion		Entrenamiento		Capacitación		X	
		Charla		Reunion			
CAPACITADOR: Maribel Grada		Lugar: Base aerea militar de Yocui.					
FECHA: 29-may-2023.		Hora inicio: 7:00 am		Hora final: 8:00 am			
OBJETIVO: Dar a conocer las politicas, objetivos, procedimientos, panorama de riesgos contenidos en el desarrollo de las actividades.							
Numero de trabajadores programados:				Numero de trabajadores que asistieron:			
No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación		Observaciones
					Aprobo	No aprobo	
1	RICHARD MOLINA	1118530768	Aludante	RICHARD			
2	José Elongé	1118542893	Emisor	José			
3	Alfonso V. J. J.	18920272	Agente	Alfonso			
4	Jorge Restrepo T.	1044624641	Profesional SST	Jorge			
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:			Maribel Grada				



CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: Riesgo Rubio.		Entrenamiento		Capacitación			
		Charla		Reunion			
CAPACITADOR: Jorge Restrepo Jovari		Lugar: Base aerea militar de Yopal					
FECHA: 20- mayo -2026		Hora inicio:		Hora final:			
OBJETIVO: Dar a conocer la responsabilidad en cuanto a la interpretacion del Riesgo Rubio y sus consecuencias.							
Numero de trabajadores programados:			Numero de trabajadores que asistieron:				
No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación		Observaciones
					Aprobo	No aprobo	
1	RICHARD MOLINA	118530768	Aludante	RICHARD			
2	Jorge Vilodol	4118540	Supervisor	Jorge			
3	Armando Vilodol	18970242	Agente	Armando			
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:			Jorge Restrepo JR				



CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: identificación de riesgos y
riesgos

Entrenamiento

Capacitación

Charla

X

Reunion

CAPACITADOR: Jorge Restrepo

Lugar: Base aérea militar de Yopal.

FECHA: 27-Mayo-2025.

Hora inicio:

Hora final:

OBJETIVO: sensibilizar al personal en la identificación de los principales riesgos en el desarrollo
de las actividades

Numero de trabajadores programados:

Numero de trabajadores que asistieron:

No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación		Observaciones
					Aprobo	No aprobo	
1	RICHARD MOLINA	1118530768	Alivante	RICHARD			
2	José Viloria	1118540890	Supervisor	José			
3	Armando Viloria	18950272	Agente	Armando			
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:

Jorge Restrepo Jovari JR

FORMATO ANALISIS SEGURO DEL TRABAJO Y CHARLAS PREVIAS DE SEGURIDAD

Seguridad Industrial y Medio Ambiente

1. Antecedentes Generales

Trabajo a realizar: Descargue, desmontaje y montaje concertina

Lugar Especifico: Encerramiento perimetral Base Aerea

Fecha Inicio: 25/05/2025

Hora Inicio: 08:00 am

Fecha de terminación: 31/05/2025

Hora de terminación: 5:00 p. m.

Empresa Ejecutante del Trabajo: MELQUICEDEC

2. Planificación del Trabajo

EPPs ESPECIFICOS QUE SE UTILIZARAN													
CASCO CON BARBUQUEJO SIN BARBUQUEJO OTRO:			INSERCIÓN COPA OTRO:			BOTAS DIELECTRICAS PUNTERA DE TEFLON PUNTERA DE ACERO BOTAS DE CAUCHO BOTAS DE SOLDADOR OTRO:							
CARETA PARA ESMERILAR PARA SOLDAR OTRO:			GUANTES VAQUETA NITRILO HILAZA SOLDADOR DIELECTRICOS POLIURETANO OTRO:			PROTECCIÓN RESPIRATORIA RESPIRADOR DESECHABLE CARTUCHOS EQUIPO DE AUTOCONTENIDO OTRO:							
GAFAS ANTIGOLPES VENTILACION INDIRECTA OXICORTE OTRO:						EQUIPO TRABAJO EN ALTURA ARNES DE CUERPO ENTERO ABSORBEDOR DE IMPACTO LINEA DE VIDA OTRO: Estinga de restricción							
VEHICULOS, HERRAMIENTAS, MÁQUINARIAS Y EQUIPOS						SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE SE UTILIZARAN (Tenga a mano la FDS correspondiente)							
PINZAS, ALICATE, CORTA FRIO						N/A							
ANDAMIO						N/A							
						N/A							
IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES SIP													
N/A	Manejo de sustancias peligrosas que pueden causar lesiones agudas, exposición a fuentes de ionización o potencial de causar una explosión	N/A	Actividades en o cerca de equipos con el potencial de causar Arco Eléctrico	N/A	Actividades con el potencial de ahogamiento.	N/A	Actividad que implique trabajos a una altura por encima de 2.0 metros ó trepar postes eléctricos.	N/A	Actividades en o cerca de válvulas de seguridad presurizadas u otros dispositivos de descarga de energía energizados donde existe la posibilidad de exposición a la energía almacenada en caso de emisión.	N/A	Actividades con el potencial de exposición a voltaje directo ≥50 a voltios.	N/A	Actividades en una carretera con la posibilidad de ser golpeado por vehículos (No incluye conducir o viajar en una carretera pública)
N/A	Poda de árboles o actividades relacionadas con el potencial de causar lesiones por el equipo de podar árboles y/o golpes por la caída de árbol o rama	N/A	Trabajo en caliente fuera de los lugares designados o aprobados.	SI	Actividades con el potencial de causar golpes por la caída de objetos.	N/A	Actividades que supongan acceder a espacios cerrados o con potencial de atrapamiento / inmersión como el trabajo dentro de una zanja, túnel, etc.	N/A	Actividades en o cerca de equipos giratorios, rodantes o móviles o sus partes que tengan el potencial de causar cortadas, atrapamiento, aplastamiento o atrapamiento por lesiones.	N/A	Actividades relacionadas con la operación o trabajos en las cercanías de equipos de la planta de operación.	N/A	Levantamiento y Aparejamiento de cargas
N/A	Actividades en potenciales zonas explosivas debido a la acumulación de polvo o vapor combustible.	Comentarios adicionales:											

En caso de que el trabajo implique una tarea que requiera un permiso de trabajo, favor anexar el permiso de trabajo correspondiente

3. Análisis Seguro del Trabajo

Nº	ETAPAS DEL TRABAJO GENERALES	PELIGRO, RIESGO Y/O CONSECUENCIA	E=Eliminación; S=Sustitución; I=Ingeniería; A=Administrativa; EPP= Equipos de Protección Personal				
			MEDIDAS DE CONTROL	Jerarquía de Control			
				E	S	I	A
1	ALISTAMIENTO DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolación)	Inspección de Equipos y herramientas, permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado, hídricación, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sensibilización en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp				X
		RIESGO BIOLOGICO (Mordeduras, picaduras)	Inspección de área de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
		Condiciones de Seguridad (Caídas a otro nivel, golpes y contusiones)	Inspección de Equipos permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado				X

2	Montaje de andamios	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
3	DESMONTAJE Y MONTAJE CONCERTINA	Condiciones de Seguridad (Caldas a otro nivel, golpes y contusiones)	Inspeccion de Equipos permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado				X
		RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
		RIESGO PSICOSOCIAL (Estrés)	sencibilizacion en el trabajo bajo presion, trabajo en equipo, autocuidado, pausas activas	X			X
4	ORDEN Y ASEO	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
		RIESGO PSICOSOCIAL (Estrés)	sencibilizacion en el trabajo bajo presion, trabajo en equipo, autocuidado, pausas activas	X			X

4. Plan de Emergencia para la Actividad

Nº	Posible Emergencia	Pasos a seguir en caso de ocurrir la emergencia
1	CAIDA	Detener la actividad, evaluar el estado de conciencia del colaborador, no mover en caso de una fractura, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
2	PINCHAZO Y CORTADURAS	Detener la actividad, prestar primeros auxilios, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico

3	MORDEDURAS	Detener la actividad, prestar primeros auxilios, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
NUMERO DE EMERGENCIA:		123

5. Carta Previa de Seguridad Identificación de riesgos y peligros en el area de trabajo

Realizada por: JORGE RESTREPO TOVAR	Cargo: PROFESIONAL SST	Firma:
Fecha: 26/05/2025	Hora de Inicio del Trabajo: 08:00 AM	Hora de Término del Trabajo: 05:00 PM
Temas tratados durante la carta previa de seguridad:		
Planificación del trabajo a realizar,	☒	
Asignación de roles y responsabilidades de cada integrante del equipo	☒	
Peligros asociados al trabajo.	☒	
Precauciones especiales.	☒	
EPPs requeridos y revisión del AST.	☒	
	Procedimientos de trabajo asociados	☒
	Medidas de control asignadas al peligro, riesgo o consecuencia	☒
	Control de fuentes de energía.	☒
	Planes de emergencia	☒
Indicar otros:		

6. Autoridad para Detener el Trabajo

Persona que detiene el trabajo: _____ Hora: _____

Marcar Nivel de detención: Nivel 1 ☐ Nivel 2 ☐

Motivo por el cual se ejerce la Autoridad para Detener el Trabajo:		Observaciones y/o Comentarios:	
SOCIALIZACIÓN DE ATS-TRABAJADORES		RESPONSABLES DE SOCIALIZACIÓN / TAREAS	
Nombre del trabajador 1	Firma / C.C.	Nombre del Emisor	Firma / C.C.
RICHARD D Molino	RICHARD 1118520768	Jorge Restrepo T	1044624641
Nombre del trabajador 2	Firma / C.C.	Nombre del Responsable de la supervisión técnica- Residente	Firma / C.C.
José Vilandp	JES 1118520768	Jonathan Velasco Al.	1.09A247.959
Nombre del trabajador 3	Firma / C.C.	Nombre del Supervisor HSE	Firma / C.C.
Amondo Vilandp	AS 18910272	Jorge Restrepo T.	1044624641
Nombre del trabajador 4	Firma / C.C.	Nombre del Supervisor Técnico en campo	Firma / C.C.
Nombre del trabajador 5	Firma / C.C.		

**FORMATO ANALISIS SEGURO DEL TRABAJO Y CHARLAS PREVIAS DE SEGURIDAD**

Seguridad Industrial y Medio Ambiente

1. Antecedentes Generales

Trabajo a realizar: Descargue de teja metalica para cubierta

Lugar Especifico: Centro Medico

Fecha Inicio:

31/05/2025

Hora Inicio: 10:00 am

Fecha de terminación:

31/05/2025

Hora de terminación:

5:00 p. m.

Empresa Ejecutante del Trabajo: MELQUICEDEC

2. Planificación del Trabajo**EPPs ESPECIFICOS QUE SE UTILIZARAN**

CASCO CON BARBUQUEJO SIN BARBUQUEJO OTRO:	☐ ☐		INSERCIÓN COPA OTRO:	☐ ☐		BOTAS DIELECTRICAS PUNTERA DE TEFLON PUNTERA DE ACERO BOTAS DE CAUCHO BOTAS DE SOLDADOR OTRO:	☐ ☐ ☐ ☐	
CARETA PARA ESMERILAR PARA SOLDAR OTRO:	☐ ☐ ☐		GUANTES VAQUETA NITRIL HILAZA SOLDADOR DIELECTRICOS POLIURETANO OTRO:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		PROTECCION RESPIRATORIA RESPIRADOR DESECHABLE CARTUCHOS EQUIPO DE AUTOCONTENIDO OTRO:	☐ ☐ ☐ ☐	
GAFAS ANTIGOLPES VENTILACION INDIRECTA OXICORTE OTRO:	☐ ☐ ☐ ☐					EQUIPO TRABAJO EN ALTURA ARNES DE CUERPO ENTERO ABSORBEDOR DE IMPACTO LINEA DE VIDA OTRO: Estalga de restricción	☐ ☐ ☐ ☐	

VEHICULOS, HERRAMIENTAS, MÁQUINARIAS Y EQUIPOS**SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE SE UTILIZARAN (Tenga a mano la FDS correspondiente)**

Taladro	N/A
Pulidora	N/A
Herramienta manual	N/A

IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES SIP

N/A	Manejo de sustancias peligrosas que pueden causar lesiones agudas, exposición a fuentes de ionización o potencial de causar una explosión	N/A	Actividades en o cerca de equipos con el potencial de causar Arco Eléctrico	N/A	Actividades con el potencial de ahogamiento.	N/A	Actividad que implique trabajos a una altura por encima de 2.0 metros ó trepar postes eléctricos.	N/A	Actividades en o cerca de válvulas de seguridad presurizadas u otros dispositivos de descarga de energía energizados donde existe la posibilidad de exposición a la energía almacenada en caso de emisión.	N/A	Actividades con el potencial de exposición a voltaje directo 250 a voltios.	N/A	Actividades en una carretera con la posibilidad de ser golpeado por vehículos (No incluye conducir o viajar en una carretera pública)
N/A	Poda de árboles o actividades relacionadas con el potencial de causar lesiones por el equipo de podar árboles y/o golpes por la caída de árbol o rama	N/A	Trabajo en caliente fuera de los lugares designados o aprobados.	SI	Actividades con el potencial de causar golpes por la caída de objetos.	N/A	Actividades que supongan acceder a espacios cerrados o con potencial de atrapamiento / inmersión como el trabajo dentro de una zanja, túnel, etc.	N/A	Actividades en o cerca de equipos giratorios, rodantes o móviles o sus partes que tengan el potencial de causar cortadas, atrapamiento, aplastamiento o atrapamiento por lesiones.	N/A	Actividades relacionadas con la operación o trabajos en las cercanías de equipos de la planta de operación.	N/A	Levantamiento y Aparejamiento de cargas
N/A	Actividades en potenciales zonas explosivas debido a la acumulación de polvo o vapor combustible.	Comentarios adicionales:											

En caso de que el trabajo implique una tarea que requiera un permiso de trabajo, favor anexar el permiso de trabajo correspondiente

3. Análisis Seguro del Trabajo

Nº	ETAPAS DEL TRABAJO GENERALES	PELIGRO, RIESGO Y/O CONSECUENCIA	E=Eliminación; S=Sustitución; I=Ingeniería; A=Administrativa; EPP= Equipos de Protección Personal						
			MEDIDAS DE CONTROL			Jerarquía de Control			
				E	S	I	A		
1	DESCARGUE TEJA	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de Equipos y herramientas, permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar						X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp						X
		RIESGO BIOLOGICO (Mordeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes						X
		RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de Equipos y herramientas, permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar						X

2	ALMACENAMIENTO TEJA	RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sensibilización en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp				X
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
4	ORDEN Y ASEO	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sensibilización en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
		RIESGO PSICOSOCIAL (Estrés)	sensibilización en el trabajo bajo presion, trabajo en equipo, autocuidado, pausas activas	X			X

4. Plan de Emergencia para la Actividad

Nº	Posible Emergencia	Pasos a seguir en caso de ocurrir la emergencia
1	CAIDA	Detener la actividad, evaluar el estado de conciencia del colaborador, no mover en caso de una fractura, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
2	PINCHAZO Y CORTADURAS	Detener la actividad, prestar primeros auxilios, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
3	MORDEDURAS	Detener la actividad, prestar primeros auxilios, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
NUMERO DE EMERGENCIA:		123

5. Charla Previa de Seguridad

Realizada por: JORGE RESTREPO TOVAR

Cargo: COORDINADOR

Firma: [Firma]

Fecha: 31/05/2025

Hora de Inicio del Trabajo: 10:00 AM

Hora de Término del Trabajo: 05:00 PM

Temas tratados durante la charla previa de seguridad:

Planificación del trabajo a realizar,
Asignación de roles y responsabilidades de cada integrante del equipo
Peligros asociados al trabajo.
Precauciones especiales.
EPPs requeridos y revisión del AST.

☒
☒
☒
☒
☒

Procedimientos de trabajo asociados
Medidas de control asignadas al peligro, riesgo o consecuencia
Control de fuentes de energía.
Planes de emergencia

☒
☒
☒
☒
☒

Indicar otros:

6. Autoridad para Detener el Trabajo

Persona que detiene el trabajo:

Hora:

Marcar Nivel de detención:

Nivel 1 ☐

Nivel 2 ☐

Motivo por el cual se ejerce la Autoridad para Detener el Trabajo:

Observaciones y/o Comentarios:

SOCIALIZACIÓN DE ATS-TRABAJADORES		RESPONSABLES DE SOCIALIZACIÓN / TAREAS	
Nombre del trabajador 1	Firma / C.C.	Nombre del Emisor	Firma / C.C.
<u>[Firma]</u>	<u>40310986</u>	<u>Jorge Restrepo</u>	<u>[Firma]</u>
Nombre del trabajador 2	Firma / C.C.	Nombre del Responsable de la supervisión técnica- Residente	Firma / C.C.
<u>Ancizar Gutierrez</u>	<u>[Firma]</u>	<u>Jonathan Velasco</u>	<u>[Firma]</u>
Nombre del trabajador 3	Firma / C.C.	Nombre del Supervisor HSE	Firma / C.C.
<u>Cristian Yatr</u>		<u>Jorge Restrepo</u>	<u>[Firma]</u>
Nombre del trabajador 4	Firma / C.C.	Nombre del Supervisor Tecnico en campo	Firma / C.C.
Nombre del trabajador 5	Firma / C.C.		

**FORMATO ANALISIS SEGURO DEL TRABAJO Y CHARLAS PREVIAS DE SEGURIDAD**

Seguridad Industrial y Medio Ambiente

1. Antecedentes Generales

Trabajo a realizar: Limpieza estructura metalica Centro de Acopio

Lugar Especifico: Centro Acopio

Fecha Inicio: 31/05/2025

Hora Inicio: 08:00 am

Fecha de terminación: 31/05/2025

Hora de terminación: 5:00 p. m.

Empresa Ejecutante del Trabajo: MELQUICEDEC

2. Planificación del Trabajo

EPPs ESPECIFICOS QUE SE UTILIZARAN													
CASCO CON BARBUQUEJO SIN BARBUQUEJO OTRO:		☐ ☐		TAPA OIDOS INSERCIÓN COPA OTRO:		☐ ☐		BOTAS DIELECTRICAS PUNTERA DE TEFLON PUNTERA DE ACERO BOTAS DE CAUCHO BOTAS DE SOLDADOR OTRO:		☐ ☐ ☐ ☐			
CARETA PARA ESMERILAR PARA SOLDAR OTRO:		☐ ☐		GUANTES VAQUETA NITRIL HILAZA SOLDADOR DIELECTRICOS POLIURETANO OTRO:		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		PROTECCION RESPIRATORIA RESPIRADOR DESECHABLE CARTUCHOS EQUIPO DE AUTOCONTENIDO OTRO:		☐ ☐ ☐			
GAFAS ANTIGOLPES VENTILACION INDIRECTA OXICORTE OTRO:		☐ ☐ ☐						EQUIPO TRABAJO EN ALTURA ARNES DE CUERPO ENTERO ABSORBEDOR DE IMPACTO LINEA DE VIDA OTRO: Eslinga de restricción		☐ ☐ ☐			
VEHICULOS, HERRAMIENTAS, MÁQUINARIAS Y EQUIPOS						SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE SE UTILIZARAN (Tenga a mano la FDS correspondiente)							
HIDROLAVADORA						N/A							
ANDAMIO						N/A							
IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES SIP													
N/A	Manejo de sustancias peligrosas que pueden causar lesiones agudas, exposición a fuentes de ionización o potencial de causar una explosión	N/A	Actividades en o cerca de equipos con el potencial de causar Arco Eléctrico	N/A	Actividades con el potencial de ahogamiento.	N/A	Actividad que implique trabajos a una altura por encima de 2.0 metros ó trepar postes eléctricos.	N/A	Actividades en o cerca de válvulas de seguridad presurizadas u otros dispositivos de descarga de energía energizados donde existe la posibilidad de exposición a la energía almacenada en caso de emisión.	N/A	Actividades con el potencial de exposición a voltaje directo ≥ 50 a voltios.	N/A	Actividades en una carretera con la posibilidad de ser golpeado por vehículos (No incluye conducir o viajar en una carretera pública)
N/A	Podar árboles o actividades relacionadas con el potencial de causar lesiones por el equipo de podar árboles y / o golpes por la caída de árbol o rama	N/A	Trabajo en caliente fuera de los lugares designados o aprobados.	SI	Actividades con el potencial de causar golpes por la caída de objetos.	N/A	Actividades que supongan acceder a espacios cerrados o con potencial de atrapamiento / inmersión como el trabajo dentro de una zanja, túnel, etc.	N/A	Actividades en o cerca de equipos giratorios, rodantes o móviles o sus partes que tengan el potencial de causar cortadas, atrapamiento, aplastamiento o atrapamiento por lesiones.	N/A	Actividades relacionadas con la operación o trabajos en las cercanías de equipos de la planta de operación.	N/A	Levantamiento y Apareamiento de cargas
N/A	Actividades en potenciales zonas explosivas debido a la acumulación de polvo o vapor combustible.	Comentarios adicionales:											

En caso de que el trabajo implique una tarea que requiera un permiso de trabajo, favor anexar el permiso de trabajo correspondiente

3. Análisis Seguro del Trabajo

Nº	ETAPAS DEL TRABAJO GENERALES	PELIGRO, RIESGO Y/O CONSECUENCIA	E=Eliminación; S=Sustitución; I=Ingeniería; A=Administrativa; EPP= Equipos de Protección Personal				
			MEDIDAS DE CONTROL	Jerarquía de Control			
				E	S	I	A
1	ALISTAMIENTO DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de Equipos y herramientas, permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp				X
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X

2	Montaje de andamios	Condiciones de Seguridad (Caidas a otro nivel, golpes y contusiones)	Inspeccion de Equipos permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado				X
		RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
3	LIMPIEZA ESTRUCTURA	Condiciones de Seguridad (Caidas a otro nivel, golpes y contusiones)	Inspeccion de Equipos permisos de trabajo, uso adecuado de epp, auto cuidado				X
		RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
		RIESGO PSICOSOCIAL (Estrés)	sencibilizacion en el trabajo bajo presion, trabajo en equipo, autocuidado, pausas activas	X			X
4	ORDEN Y ASEO	RIESGO FISICO (Golpes, cortes, machucones, rasguños, insolacion)	Inspeccion de herramientas, uso adecuado de epp, auto cuidado, hidratacion, uso de bloqueador solar				X
		RIESGO BIOMECANICO (Sobre esfuerzo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos)	Sencibilizacion en el manejo de cargas, posiciones adecuadas, pausas activas, trabajo en equipo, uso adecuado de epp	X			
		RIESGO BIOLOGICO (Modeduras, picaduras)	Inspeccion de area de trabajo, elementos de emergencia cerca y vigentes				X
		RIESGO PSICOSOCIAL (Estrés)	sencibilizacion en el trabajo bajo presion, trabajo en equipo, autocuidado, pausas activas	X			X

4. Plan de Emergencia para la Actividad

Nº	Posible Emergencia	Pasos a seguir en caso de ocurrir la emergencia
1	CAIDA	Detener la actividad, evaluar el estado de conciencia del colaborador, no mover en caso de una fractura, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
2	PINCHAZO Y CORTADURAS	Detener la actividad, prestar primeros auxilios, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico
3	MORDEDURAS	Detener la actividad, prestar primeros auxilios, realizar el reporte del accidente, trasladar a un centro medico

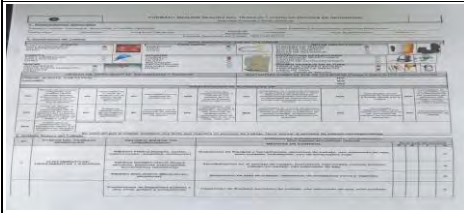
NUMERO DE EMERGENCIA:	123
------------------------------	-----

5. Charla Previa de Seguridad HIGIENE POSTURAL			
Realizada por: JORGE RESTREPO TOVAR		Cargo: PROFESIONAL SST	
Fecha: 31/05/2025		Firma:	
Hora de Inicio del Trabajo: 08:00 AM		Hora de Término del Trabajo: 05:00 PM	
Temas tratados durante la charla previa de seguridad:			
Planificación del trabajo a realizar,	☒	Procedimientos de trabajo asociados	☒
Asignación de roles y responsabilidades de cada integrante del equipo	☒	Medidas de control asignadas al peligro, riesgo o consecuencia	☒
Peligros asociados al trabajo.	☒	Control de fuentes de energía.	☒
Precauciones especiales.	☒	Planes de emergencia	☒
EPPs requeridos y revisión del AST.	☒		
Indicar otros:			

6. Autoridad para Detener el Trabajo	
Persona que detiene el trabajo: _____ Hora: _____	Marcar Nivel de detención: Nivel 1 ☐ Nivel 2 ☐

Motivo por el cual se ejerce la Autoridad para Detener el Trabajo:		Observaciones y/o Comentarios:	
SOCIALIZACIÓN DE ATS-TRABAJADORES		RESPONSABLES DE SOCIALIZACIÓN / TAREAS	
Nombre del trabajador 1	Firma / C.C.	Nombre del Emisor	Firma / C.C.
Armando Vilard, J	Ar 18920277	Jorge Restrepo T.	J 104962+641
Nombre del trabajador 2	Firma / C.C.	Nombre del Responsable de la supervisión técnica- Residente	Firma / C.C.
RICHARD Nolasco	RICHARD 118520768	Jonathan Velasco	[Firma]
Nombre del trabajador 3	Firma / C.C.	Nombre del Supervisor HSE	Firma / C.C.
José Ulises	JU 7118140890	Jorge Restrepo Tovar	J 104962+641
Nombre del trabajador 4	Firma / C.C.	Nombre del Supervisor Tecnico en campo	Firma / C.C.
Nombre del trabajador 5	Firma / C.C.		

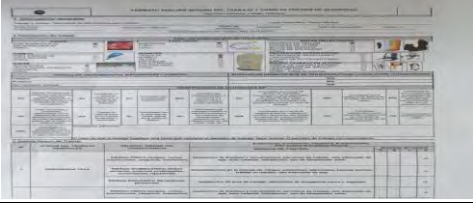
	PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO	Codigo:SG-F-113 Versión:01 Fecha:12-2023	
Tabla 0.1 IDENTIFICACIÓN Y APROBACIÓN			
EMPRESA:	GRUPO MSG		
DIRECCIÓN	BASE AEREA MILITAR DE YOPAL	TELÉFONO:	3502147566
FECHA ELABORACIÓN :	25 DE MAYO DE 2025	No. CONTRATO:	8-COFAC-8ACOF-2025
RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD:	JORGE RESTREPO TOVAR	LUGARES DE EJECUCIÓN	ENCERRAMIENTO PERIMETRAL BASE AEREA MILITAR
OBJETO DEL CONTRATO	OBRA PUBLICARA PARA LA ADECUACION, AMPLIACION Y MANTENIMIENTO CORECCTIVO Y MEJORA DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AEREO DEL CASANARE		
TELÉFONOS DE CONTACTO:	3103796486		
CORREO ELECTRONICO:	COFACYOPALGRUPOMSGAS@GMAIL.COM		

INSTRUCTIVO PARA CARGUE Y DESCARGUE DE MATERIAL		
FOTO	DESCRIPCIÓN	RIESGO
<div>1</div> 	1. Verificación documental personal: A) Personal operativo (afiliaciones de seguridad social, ARL, EPS, AFP, EXAMEN MEDICO, CC). B)Competencias (Curso en alturas trabajador autorizado, reentrenamiento) 2. Verificación documental de vehiculos y maquinaria, equipos: A) Vehículos(soat,licencia,seguridad social, tarjeta de propiedad del vehículo, pase de conductor). B) Maquinaria(Hoja de vida, mantenimientos, seguridad social del operario, certificado de competencia de operación). 3. Equipo A) Andamios multidireccional (Certificación de andamio y diseño a implementar por el proveedor)	1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas 2. Biológico: Virus. 3. Psicosocial: Interfase persona(Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)
<div>2</div> 	1. Diligenciar y socializar el análisis de trabajo seguro previo al inicio de las actividades. 2. Inspección y verificación de EPP y Dotación. 3. Inspeccion area decargue.	1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas 2. Biológico: Virus. 3. Psicosocial: Interfase persona(Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)
<div>3</div> 	1. Realizar la delimitación de la zona donde se realizará el cargue y el descargue de materiales, así como como del área de tránsito hasta la zona de almacenamiento temporal de estos.	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta), temperaturas extremas (calor y frío). 3. Biomecánico: Postura. 4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
<div>4</div> 	1. Realizar una inspección preoperacional tanto del lugar donde se realizará el cargue como el lugar de descargue de los materiales; incluyendo el lugar por donde se transitará y el lugar destinado para el almacenamiento temporal de los materiales.	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
<div>6</div> 	1. Se realiza descargue de material(Concertina y Alambre de puas) por medio de manipulación manual una persona dentro del motocarguero alcanzando y los otros recibiendo y colocando en el sito de acopio	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Temperaturas extremas (calor, frío), radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Biomecánico: Manipulación manual de cargas, esfuerzo. 4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos), accidente de tránsito. 5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.

APROBACIÓN PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO		
VERSIÓN DEL PLAN SST :01		FECHA APROBACIÓN:
GESTOR DEL CONTRATO:		
VALIDACIÓN UNIDAD HSEQ:		

	PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO	Código:SG-F-113 Versión:01 Fecha:12-2023
---	---	--

Tabla 0.1 IDENTIFICACIÓN Y APROBACIÓN			
EMPRESA:	GRUPO MSG		
DIRECCIÓN	BASE AEREA MILITAR DE YOPAL	TELÉFONO:	3502147566
FECHA ELABORACIÓN :	30 DE MAYO DE 2025	No. CONTRATO:	B-COFAC-8ACOF-2025
RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD:	JORGE RESTREPO TOVAR	LUGARES DE EJECUCIÓN	ENCERRAMIENTO PERIMETRAL BASE AEREA MILITAR
OBJETO DEL CONTRATO	OBRA PUBLICARA PARA LA ADECUACION, AMPLIACION Y MANTENIMIENTO CORECTIVO Y MEJORA DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AEREO DEL CASANARE		
TELÉFONOS DE CONTACTO:	3103796486		
CORREO ELECTRONICO:	COFACYOPALGRUPOMSGSAS@GMAIL.COM		

INSTRUCTIVO PARA CARGUE Y DESCARGUE DE MATERIAL		
FOTO	DESCRIPCIÓN	RIESGO
	1. Verificación documental personal: A) Personal operativo (afiliaciones de seguridad social, ARL, EPS, AFP, EXAMEN MEDICO, CC). B) Competencias (Curso en alturas trabajador autorizado.) 2. Verificación documental de vehículos y maquinaria, equipos: A) Vehículos (soat, licencia, seguridad social, tarjeta de propiedad del vehículo, pase de conductor). B) Maquinaria (Hoja de vida, mantenimientos, seguridad social del operario, certificado de competencia de operación). 3. Equipo A) Andamios multidireccional (Certificación de andamio y diseño a implementar por el proveedor)	1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas 2. Biológico: Virus. 3. Psicosocial: Interfase persona (Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)
	1. Diligenciar y socializar el análisis de trabajo seguro previo al inicio de las actividades. 2. Inspección y verificación de EPP y Dotación. 3. Inspección de área del descargue del material	1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas 2. Biológico: Virus. 3. Psicosocial: Interfase persona (Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)
	1. Realizar la delimitación de la zona donde se realizará el cargue y el descargue de materiales, así como como del área de tránsito hasta la zona de almacenamiento temporal de estos.	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta), temperaturas extremas (calor y frío). 3. Biomecánico: Postura. 4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
	1. Realizar una inspección preoperacional tanto del lugar donde se realizará el cargue como el lugar de descargue de los materiales; incluyendo el lugar por donde se transitará y el lugar destinado para el almacenamiento temporal de los materiales.	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
	1. Se realiza descargue de material (Estructura, Teja, laminas poliuretano, perfiles, flan tubos etc.) por medio de manipulación manual; una persona dentro del camión alcanzando y los otros recibiendo y colocando en el área destinada para su almacenamiento	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Temperaturas extremas (calor, frío), radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Biomecánico: Manipulación manual de cargas, esfuerzo. 4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos), accidente de tránsito. 5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
	1. Descargue en zonas de almacenamientos del Proyecto: A) estructura metálica, se deja en zona autorizada por la entidad, con su respectivo encerramiento perimetral (Colombinas y cinta de señalizar).	1. Biológico: Virus, bacterias. 2. Físico: Temperaturas extremas (calor, frío), radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Biomecánico: Manipulación manual de cargas, esfuerzo. 4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos), accidente de tránsito. 5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.

APROBACIÓN PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO		
VERSIÓN DEL PLAN SST :01		FECHA APROBACIÓN:
GESTOR DEL CONTRATO:		
VALIDACIÓN UNIDAD HSEQ:		

		PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO		Código:SG-F-113 Versión:01 Fecha:12-2023	
---	--	---	--	--	--

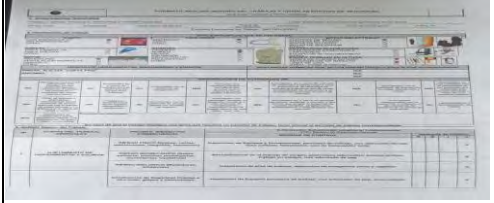
Tabla 0.1 IDENTIFICACIÓN Y APROBACIÓN					
EMPRESA:		GRUPO MSG			
DIRECCIÓN		Base Aerea Militar de Yopal	TELÉFONO:	3502147566	
FECHA ELABORACIÓN :		31 DE MAYO DE 2025	No. CONTRATO:	8-COFAC-BACOF-2025	
RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD:		JORGE RESTREPO TOVAR	LUGARES DE EJECUCIÓN	ENCERRAMIENTO PERIMETRAL BASE AEREA	
OBJETO DEL CONTRATO		OBRA PUBLICARA PARA LA ADECUACION, AMPLIACION Y MANTENIMIENTO CORECCTIVO Y MEJORA DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AEREO DEL CASANARE			
TELÉFONOS DE CONTACTO:		3103796486			
CORREO ELECTRONICO:		COFACYOPALGRUPOMSGAS@GMAIL.COM			

INSTRUCTIVO PARA CARGUE Y DESCARGUE DE MATERIAL																							
FOTO	DESCRIPCIÓN	RIESGO																					
 <p>Medellin, 21 de May de 2023</p> <p>LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS</p> <p>HACE CONSTAR:</p> <p>Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Rensgo Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SUBAMERICANA S.A como trabajadores de MOUNA BOTELLO MELGUEDEC.</p> <p>1. A continuación se relacionan las fechas de afiliación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número identificación</th> <th>Nombre</th> <th>Fecha inicio cobertura</th> <th>Fecha fin cobertura</th> <th>Código de transacción</th> <th>Tipo Contrato</th> <th>Estado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Centro de trabajo:</td> <td>000000001 OBRA CIVIL</td> <td></td> <td></td> <td>Clase: 5</td> <td>Porcentaje Cotización:</td> <td>6.96 %</td> </tr> <tr> <td>CY11640856</td> <td>VILAREJOTELLO JOSE EDUARDO</td> <td>22/05/2025</td> <td></td> <td>1433252</td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>POR PAGAR</td> </tr> </tbody> </table>	Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Contrato	Estado	Centro de trabajo:	000000001 OBRA CIVIL			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	CY11640856	VILAREJOTELLO JOSE EDUARDO	22/05/2025		1433252	DEPENDIENTE	POR PAGAR	<p>1. Verificación documental personal:</p> <p>A) Personal operativo (afiliaciones de seguridad social, ARL, EPS, AFP, EXAMEN MEDICO, CC.</p> <p>3. Equipo A) Andamios multidireccional; B) Herramientas</p>	<p>1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas</p> <p>2. Biológico: Virus.</p> <p>3. Psicosocial: Interfase persona(Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)</p>
Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Contrato	Estado																	
Centro de trabajo:	000000001 OBRA CIVIL			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %																	
CY11640856	VILAREJOTELLO JOSE EDUARDO	22/05/2025		1433252	DEPENDIENTE	POR PAGAR																	
 <p>2</p>	<p>1. Diligenciar y socializar el análisis de trabajo seguro previo al inicio de las actividades.</p> <p>2. Inspección y verificación de EPP y Dotación.</p> <p>3. Inspección Herramienta Manual e equipo</p>	<p>1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas</p> <p>2. Biológico: Virus.</p> <p>3. Psicosocial: Interfase persona(Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)</p>																					
 <p>3</p>	<p>1. Realizar la delimitación de la zona donde se realizará la actividad</p>	<p>1. Biológico: Virus, bacterias, Mordeduras, picaduras</p> <p>2. Físico: Temperaturas extremas (calor y frío).</p> <p>3. Biomecánico: Postura, movimientos repetitivos.</p> <p>4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito.</p> <p>5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.</p>																					
 <p>4</p>	<p>1. Realizar una inspección preoperacional de los equipos y del lugar donde se realizará la actividad; incluyendo el lugar por donde se transitará y el lugar destinado para el almacenamiento temporal de los materiales.</p>	<p>1. Biológico: Virus, bacterias, mordeduras, picaduras</p> <p>2. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito.</p> <p>3. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.</p>																					
 <p>5</p>	<p>1. Montaje de andamios; Inspeccion Preoperacional de andamios</p>	<p>1. Biológico: Virus, bacterias.</p> <p>2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta).</p> <p>3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito.</p> <p>4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.</p>																					
 <p>5</p>	<p>1. Se realizara Lavado de estructura metalica con Hidrolavadora</p>	<p>1. Biológico: Virus, bacterias.</p> <p>2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta).</p> <p>3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito.</p> <p>4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.</p>																					
 <p>6</p>	<p>1. Se realizara recoleccion de los residuos generados y adecuacion del area de trabajo</p>	<p>1. Biológico: Virus, bacterias.</p> <p>2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta).</p> <p>3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito.</p> <p>4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.</p>																					

APROBACIÓN PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO			
VERSIÓN DEL PLAN SST :02		FECHA APROBACIÓN:	
GESTOR DEL CONTRATO:			
VALIDACIÓN UNIDAD HSEQ:			

	PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO	Código:SG-F-113 Versión:01 Fecha:12-2023
---	---	--

Tabla 0.1 IDENTIFICACIÓN Y APROBACIÓN			
EMPRESA:	GRUPO MSG		
DIRECCIÓN	BASE AEREA MILITAR DE YOPAL	TELÉFONO:	3502147566
FECHA ELABORACIÓN :	26 DE MAYO DE 2025	No. CONTRATO:	B-COFAC-BACOF-2025
RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD:	JORGE RESTREPO TOVAR	LUGARES DE EJECUCIÓN	ENCERRAMIENTO PERIMETRAL BASE AEREA
OBJETO DEL CONTRATO	OBRA PUBLICARA PARA LA ADECUACION, AMPLIACION Y MANTENIMIENTO CORECTIVO Y MEJORA DE LAS INSTALACIONES DEL GRUPO AEREO DEL CASANARE		
TELÉFONOS DE CONTACTO:	3103796486		
CORREO ELECTRONICO:	COFACYOPALGRUPOMSGSAS@GMAIL.COM		

INSTRUCTIVO PARA CARGUE Y DESCARGUE DE MATERIAL		
FOTO	DESCRIPCIÓN	RIESGO
	1. Verificación documental personal: A) Personal operativo (afiliaciones de seguridad social, ARL, EPS, AFP, EXAMEN MEDICO, CC. 3. Equipo A) Andamios multidireccional; Herramientas	1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas 2. Biológico: Virus, mordeduras, picaduras. 3. Psicosocial: Interfase persona(Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)
	1. Diligenciar y socializar el análisis de trabajo seguro previo al inicio de las actividades. Inspección y verificación de EPP y Dotación. 3. Inspeccion area trabajo	1. Biomecánico: a) Posturas Prolongadas 2. Biológico: Virus mordeduras, picaduras. 3. Psicosocial: Interfase persona(Conocimientos y habilidades en la relación con la tarea)
	1. Realizar la delimitación de la zona donde se realizará el desmontaje y montaje de la concertina del area perimetral de la Base Aerea, el área de tránsito hasta la zona de almacenamiento temporal	1. Biológico: Virus, bacterias, Mordeduras 2. Físico: Temperaturas extremas (calor y frío). 3. Biomecánico: Postura, movimientos repetitivos. 4. Condiciones de seguridad: Locativo (Superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 5. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
	1. Realizar una inspección preoperacional tanto del lugar donde se realizará el cargue como el lugar de descargue de los materiales; incluyendo el lugar por donde se transitará y el lugar destinado para el almacenamiento temporal de los materiales.	1. Biológico: Virus, bacterias, mordeduras, picaduras. 2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.
	1. Realizar jornada de orden y aseo al terminar el día en el area de trabajo	1. Biológico: Virus, bacterias, mordeduras, picaduras. 2. Físico: Radiaciones no ionizantes (ultravioleta). 3. Condiciones de seguridad: Locativo (almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes), Público (robos, desorden público), accidente de tránsito. 4. Fenómenos naturales: Sismo, derrumbe, precipitaciones.

APROBACIÓN PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO			
VERSIÓN DEL PLAN SST :02		FECHA APROBACIÓN:	
GESTOR DEL CONTRATO:			
VALIDACIÓN UNIDAD HSEQ:			



FORMATO DE INSPECCIÓN ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL

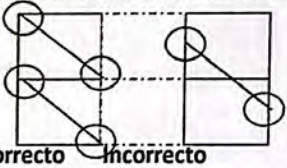
PROYECTO:

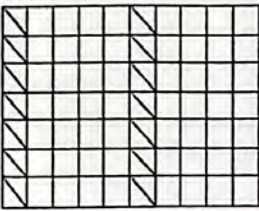
FECHA: Desde: 26-05-25 Hasta: 31-5-25

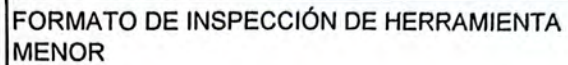
UBICACIÓN: Entrada principal

CONTRATISTA:

ACTIVIDAD: cambio consola en cerramiento perimetral entrada principal
por obra

ESTRUCTURA	Convenciones: S Si - N No - N/A No Aplica						
	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
¿Las zonas de apoyo del andamio son resistentes a la presión que sobre ellas se va a ejercer? Si tiene dudas, se debe colocar un durmiente o tablón de reparto.	S	S	S	S	S	S	-
¿La base del andamio se encuentra nivelada?	S	S	S	S	S	S	-
¿Los soportes, diagonales, escaleras y tuberías están libres de daños, agujeros o defectos estructurales?	S	S	S	S	S	S	-
¿Todos los módulos cuentan con sus diagonales? Las diagonales han de concurrir siempre a un nudo formado por un vertical y un elemento horizontal.	S	S	S	S	S	S	-
							
¿Se encuentran elementos verticales no alineados y/o desplazados?	S	S	S	S	S	S	-
¿Se encuentran elementos horizontales no alineados y/o desplazados?	S	S	S	S	S	S	-
¿Los elementos de arriostamiento están instalados o en buen estado?	S	S	S	S	S	S	-
¿Los anclajes están instalados y en buen estado?	S	S	S	S	S	S	-
¿Los elementos de unión entre secciones reúnen las condiciones necesarias: Ajuste, acufado, pasadores colocados y en buen estado?	S	S	S	S	S	S	-
¿Las superficies de trabajo o plataformas son metálicas y tienen un ancho mínimo de 0.60 m?	S	S	S	S	S	S	-
¿Las superficies de trabajo (plataformas) están en su sitio, completamente apoyadas, son accesibles y están protegidas?	S	S	S	S	S	S	-
¿Existen barandas en cada sección del andamio, ubicadas a 1.0 mts y 0.50 mts de altura?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-
¿La sección de trabajo cuenta con el rodapié?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-
¿Todas las secciones cuentan con la escalera de acceso?	S	S	S	S	S	S	-

ANCLAJES Y DIAGONALES DEL ANDAMIO													
TRABAJO EN FACHADAS													
¿El andamio se encuentra anclado a la fachada o estructura cada 4 metros?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-						
¿El andamio de fachada cuenta con el primer módulo con diagonales en todas sus secciones y 4 módulos sin diagonales? Ver figura. <div style="text-align: center;">  </div>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-						
La diagonal debe estar ubicada en donde se encuentra el sistema de barandas.													
TORRES DE ANDAMIO													
¿La torre se encuentra diagonalizada en sus cuatro (4) caras?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-						
¿Se cumple con la regla de estabilidad en espacios cerrados o espacios abiertos? <div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="margin-right: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Reglas de Estabilidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Espacios Abiertos (Exteriores)</td> <td>$\frac{H}{a} < 3$</td> </tr> <tr> <td>Espacios Cerrados (Interiores)</td> <td>$\frac{H}{a} < 4$</td> </tr> </tbody> </table>  </div>	Reglas de Estabilidad		Espacios Abiertos (Exteriores)	$\frac{H}{a} < 3$	Espacios Cerrados (Interiores)	$\frac{H}{a} < 4$	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-
Reglas de Estabilidad													
Espacios Abiertos (Exteriores)	$\frac{H}{a} < 3$												
Espacios Cerrados (Interiores)	$\frac{H}{a} < 4$												
PLATAFORMAS													
¿Las plataformas de trabajo son metálicas?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-						
¿Las plataformas se encuentran firmemente sujetas a los elementos de apoyo y cumplen con la rigidez necesaria para realizar las tareas con seguridad y	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-						
OTROS ASPECTOS A EVALUAR													
Los tendidos y líneas de conducción de electricidad están aislados mínimo 3 mts	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-						
Se comprueba que fue realizado orden y limpieza del andamio, sus plataformas y del área de trabajo en jornada anterior.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	S						
OBSERVACIONES:													
INSPECCIONADO POR:	Domingo Restrepo Jarama												
FIRMA:													

**FECHA DE INSPECCIÓN**

desde: 26-5-25 hasta: 31-5-25

Convenciones: B Bueno - M Malo - R Regular - N/A No Aplica

OBSERVACIONES

Jose Eduardo Virella

Sorge Restrepo 

Diligenciar el registro en el día correspondiente cada vez que vaya a utilizar la Herramienta, marque las casillas con una B si la Herramienta está en buen estado o M si presenta falla, registre la anomalía indicando la parte dañada e informe al Ingeniero residente o Supervisor SG-SST.

	PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO							
Nota: Los elementos que aquí se relacionan son los considerados como mínimos y están sujetos a modificaciones, según se requiera. Se pueden adicionar los elementos que sean necesarios.								
Tabla 2. MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL								
EPP	IMAGEN DE EPP	PROTECCION CONTRA	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	NORMA APLICABLE PARA EL EPP	PERIODICIDAD DE ENTREGA	CRITERIO DE REEMPLAZO	LIMPIEZA /MANTENIMIENTO	PERSONAL A ENTREGAR
Guante Vaqueta con Refuerzo de Carnaza		Cortes y laceraciones por contacto con la concertina	Fibra de alta resistencia a cortes, abrasion y desgarros	EN 388 NIVEL 5	8 DIAS	DESGASTE	LIMPIEZA	OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
Camibuso de Algodón		Contacto leve con superficies abrasivas, proteccion contra la exposicion solar, aislamiento termico ligero	Drill o Mezclilla de alto gramaje minimo 300g/m2		4 Meses	DESGASTE / REPOSICION	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
Casco con barbuquejo		Prevencion de caida del casco, estabilidad durante tareas activas	Nylon o poliester con hebilla de liberacion rapida	ANSI /ISEA Z89.1 O NTC 2290	4 Meses	DESGASTE / REPOSICION	LAVADO	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
Protector solar para casco		Alta visibilidad e identificacion del personal Diurna y Nocturna	Poliester con Bandas reflectivas minimo 2 cintas de 5 cm de ancho una en el pecho y una en el abdomen	ANSI7ISEA 107	4 Meses	DESGASTE / REPOSICION	LAVADO	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
Pantalon		Resistente a contacto con superficies de abrasion, proteccion contra pequeñas partículas, barrera contra quemaduras leves	Drill o Mezclilla de alto gramaje minimo 300g/m2		4 Meses	DESGASTE / REPOSICION	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
botas con puntera		Proteccion de los pies por caida de objetos, antideslizante	Puntera de acero o composite, suela antideslizante resistente a hidrocarburos	ASTM F2413	4 Meses	DESGASTE / REPOSICION	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
Chaleco Reflectivo		Exposicion directa al sol, prevencion de insolacion o quemaduras	Poliester o algodón libiano con proteccion UV		5 Meses	DESGASTE / REPOSICION	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
Lentes Oscuros		Proyeccion de partículas, superficies de polvo	Antipañante, policarbonato resistente, filtro UV	ANSI Z87.1	4 Meses	DESGASTE	LIMPIEZA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
ARNES		Caidas en trabajos en alturas	Poliester de alta resistencia, puntos de anclaje, hebillas de ajuste	RES 4272 DE 2021, ANSIZ359,1	ANUAL	DESGASTE	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
ESLINGA EN Y CON ABSORBEDOR DE IMPACTO		Caidas en trabajos en alturas	Poliester + absorbedor en emboltura sellada, conectores	ANSI Z359,13	ANUAL	DESGASTE	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
ESLINGA DE RESTRICCION		Caidas en trabajos en alturas	Poliester o kernmantle	ANSI Z359,3	ANUAL	DESGASTE	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	RESIDENTES, OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
FRENO		Caidas en trabajos en alturas	Retractiv, automatico de carcasa de poliamida o metalica	ANSI Z359,14	ANUAL	DESGASTE	LIMPIEZA	OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
MOSQUETON		Caidas en trabajos en alturas, Fallo en conexiones	Acero o en aluminio capacidad de 22 KN Cerrados	ANSI Z359,12	ANUAL	DESGASTE	LIMPIAR CON PAÑO SECO, LUBRIGAR EL EJE CON ACEITE NO CORROCIIVO SI ES NECESARIO	OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE
LINEA DE VIDA		Caidas en trabajos en alturas	Cuerda o acero de instalacion fija o temporal, materiales en acero galvanizado, inoxidable o cuerda kernmatle	RES 4272 DE 2021, ANSI Z359,6	REVISION SEMESTAL O DESPUES DE UNA CAIDA	DESGASTE	LAVADO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA ETIQUEDA DE LA PRENDA	OFICIAL DE OBRA, AUXILIAR DE OBRA, OFICIAL DE MONTAJE, AUXILIAR DE MONTAJE