CMM-39-2025

Bogotá, abril 22 de 2025.

Señores
CONSORCIO BYR SG BU 001.
Atn. Ing. Geovanny Alexander Páez Hernández.
Representante Legal.
Ciudad

REFERENCIA: "CONTRATO DE INTERVENTORIA No. 510-2024 CINT (120758) – INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, LEGAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AL CONTRATO DE OBRA RESULTANTE DEL PROCESO LICITATORIO CUYO OBJETO ES: "CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA EL CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.".

ASUNTO: APROBACION INFORME 2 GESTION SST RESPUESTA OFICIO BYR-SGI-124-102-2025

Cordial Saludo.

Dando alcance al contrato de la referencia y en cumplimiento de este, emitimos respuesta al oficio del asunto, dando aprobación al informe mensual #2, teniendo en cuenta que este cumple con los requisitos contractuales.

Cordialmente,

ANDRES MURILLO MAYORGA.
Rep. Legal (S) CONSORCIO MM 2024.

Elaboro: GERALDINE CERINZA ESPINEL – PROFESIONAL SST INTERVENTORIA.

CC: Dra ANDREA MELISSA MORALES CANO – ALCALDESA LOCAL.
CC: ING FRANCISCO GRANADOS - LIDER INFRESTRUCTURA.
CC: ING. GUILLERMO SALAMANCA – CONTRATISTA INFRAESTRUCTURA FDLBU.
CC: ING. ESTEBAN MEDRANO ESPINOSA – CONTRATISTA INFRAESTRUCTURA FDLBU.

INFORME No 2 DE ACTIVIDADES - GESTIÓN SST
CONTRATO DE OBRA No. 491 - 2024

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BARRIOS UNIDOS
FDLBU

CONTRATISTA
CONSORCIO BYR SG BU 001

"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

20 DE FEBRERO DE 2025 A 19 DE MARZO DE 2025
V1

Dirección: Carrera 55nº 152B -68 Etapa 3 Oficina 503 Bogotá D.C., Colombia
Teléfonos (1) 218 1758- Móvil (57) 321 545 7354 -310 781 1541 – 314 276 9899

ELABORÓ:	**REVISÓ:**	**APROBÓ:**
PROF. JUAN RINCÓN CARRILLO	**ING. GEOVANNY A. PÁEZ HERNÁNDEZ**	**ING. ANDRES MURILLO MAYORGA**
PROFESIONAL SST	**DIRECTOR DE OBRA**	**DIR. DE INTERVENTORIA**
FIRMA	**FIRMA**	**FIRMA**

TABLA DE CONTROL

Revisión	Fecha	Actualización
0	29 de Marzo de 2025	0
1	16 de Abril de 2025	0

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES DE LA EMPRESA

OBJETIVOGENERAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

1.1 DESCRIPCION DEL PROYECTO

1.2 OBJETO DEL CONTRATO

1.3 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

1.4 UBICACIÓN

1.5 ALCANCE GENERAL DEL PROYECTO

1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAES SST DESARROLLADAS

2.2 HORAS HOMBRE TRABAJADAS - HHT

2.3 PROGRAMA DE INDUCCIÓN

2.3.1 Inducción SST

2.4 AFILIACIÓN Y PAGO AL SGSSI

2.5 COPASST Y CCL

2.5.1 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

* Desarrollo de temas Copasst

2.5.2 Comité de Convivencia Laboral

* Comité de Convivencia Laboral

2.6 SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

* EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES.

2.6.1 Línea Base de Condiciones de Salud

2.6.2 Actividades, campañas de promoción y prevención

2.6.3 Exámenes médicos ocupacionales

2.6.4 Casos de Reubicación Laboral

2.6.5 Ausentismo Laboral (indicadores)

3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

3.1 Saneamiento Básico

* Suministro de agua potable
* Mediciones de Higiene

4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

4.1 Matriz de Identificación de Peligros

4.2 Programas de Inspecciones

4.3 Entrega y reposición de dotación y elementos de protección personal

4.4 Accidentalidad (indicadores)

4.5 Actos inseguros

4.6 Condiciones inseguras

4.7 Capacitaciones

4.8 Plan de Emergencias

5. INDICADORES SST

5.1 Estadísticas de Bioseguridad para COVID-19

6. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES A LA GESTIÓN SST

- Reuniones 28 de febrero de 2025
- Reunión 5 de marzo de 2025
- Reunión 13 de marzo de 2025
- Reunión 19 de marzo de 2025

REGISTRO FOTOGRÁFICO

CONCLUSIONES

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1	LISTADO DE PERSONAL
ANEXO 2	SOPORTES DE PAGO AL SGSS
ANEXO 3	EXAMENES OCUPACIONALES INGRESO
ANEXO 4	COPASST
ANEXO 5	INDUCCIONES
ANEXO 6	LINEA BASE DE CONDICIONES DE SALUD
ANEXO 7	INSPECCIONES
ANEXO 8	HHT
ANEXO 9	CAPACITACIONES
ANEXO 10	CERTIFICADO FISCAL
ANEXO 11	ENTREGA DE DOTACION Y EPPs
ANEXO 12	ANALISIS DE RIESGO POR OFICIO
ANEXO 13	CONFORMACION BRIGADA BOAL
ANEXO 14	CONFORMACION BRIGADA DE EMERGENCIA
ANEXO 15	PAZ Y SALVOS - RETIRADOS

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Generalidades

Tabla 2. Información personal vinculada durante el periodo

Tabla 3. Exámenes médicos ocupacionales

Tabla 4. Relación de ausentismo general

Tabla 5. Agua suministrada

Tabla 6. Inspecciones informes No 2 – 2025

Tabla 7. Entrega de Dotación y EPPs

Tabla 8. Acumulado de accidentalidad laboral - mes a mes

Tabla 9. Relación de accidentalidad

Tabla 10. Capacitaciones del período

Tabla 11. Elementos Oficinas Administrativas

Tabla 12. Indicadores SST 2025

Tabla 13. Estadísticas sintomatología y seguimiento COVID-19

LISTADO DE IMÁGENES

Imagen 1. Localización Geográfica Barrios Unidos

Imagen 2. Estadísticas de Bioseguridad para COVID-19

INTRODUCCIÓN

El Consorcio BYR SG BU 001, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, la Resolución 1562 de 2012, la Resolución 0312 de 2019 y la normatividad vigente; ha estructurado el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tiene como propósito la acción conjunta entre el la organización y los trabajadores en la aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a través del mejoramiento continuo de las condiciones, el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos, establecidos en el desarrollo del Contrato de Obra No. 491-2024 COP (120329), *"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."*

En cumplimiento de los requerimientos contractuales, se presenta el Informe de Gestión SST No 2, correspondiente a las actividades de ejecución de obra.

GENERALIDADES DE LA EMPRESA

Identificación legal y comercial Consorcio BYR SG BU 001

Tabla 1. Generalidades

NOMBRE DE LA EMPRESA	Consorcio BYR SG BU 001
NIT	901.901.203-3
CONTRATO	CONTRATO DE OBRA No. 491-2024 COP (120329)
OBJETO	"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."
VALOR DEL CONTRATO	$4.278.022.744,00
DIRECCIÓN	Carrera 55 # 152b-68 Ofc. 503
TELÉFONO	(601) 2181754
CIUDAD	BOGOTÁ D.C.
APODERADO	Ing. GEOVANNY ALEXANDER PAEZ HERNÁNDEZ
CLASE DE RIESGO	Cinco: (V) y Riesgo Uno (I) Construcción de obras de Ingeniería Civil. Empresas dedicadas a actividades de Arquitectura e Ingeniería (con intervención Directa en la Obra).
PLAZO DEL CONTRATO	SEIS (6) MESES
ACTIVIDAD ECONÓMICA	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290
ARL	COLMENA

OBJETIVO GENERAL

Reportar a la interventoría y al El Fondo de Desarrollo Local de Barrios Unidos – FDLBU, las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo correspondientes a la fase previa, de acuerdo con lo establecido en el Contrato de Obra No. 491-2024 COP (120329), para mejorar la malla vial local de Barrios Unidos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar y garantizar la implementación del componente de SST, de acuerdo con los pliegos de condiciones del Contrato de Obra No. 491-2024 COP (120329), y demás normatividad aplicable en el área SST.

- Garantizar que el desarrollo del proyecto se realice con un alto estándar de desempeño en Seguridad, Salud en el Trabajo, mediante el control de los peligros y riesgos que se generen durante las actividades del Contrato de Obra No. 491-2024 COP (120329).

- Referir las actividades desarrolladas actividades previas, según lo establecido en el Contrato de Obra No. 491-2024 COP (120329), alineada con la normatividad vigente.

1.1 DESCRIPCION DEL PROYECTO

El proyecto abarca todas las obras necesarias para la conservación de la malla vial local e intermedia en los segmentos que defina el Fondo de Desarrollo Local de Barrios Unidos. El proyecto se ejecutará dentro de la zona urbana de la localidad de Barrios Unidos y pretende una vez realizada la preselección, la intervención de 7.79 km-carril de malla vial local y/o intermedia, en cuarenta y dos (42) segmentos viales pertenecientes a la localidad y 840 m2 en puentes sobre espejos de agua.

1.2 OBJETO DEL CONTRATO

El presente documento tiene como objeto la presentación de la Gestión de Seguridad y Salud al Trabajo ejecutada en el proyecto***: "CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"*** durante el periodo comprendido entre el 20 de febrero de 2025 al 19 de marzo de 2025, correspondiente a la etapa de obra atendiendo las actividades establecidas en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.3 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

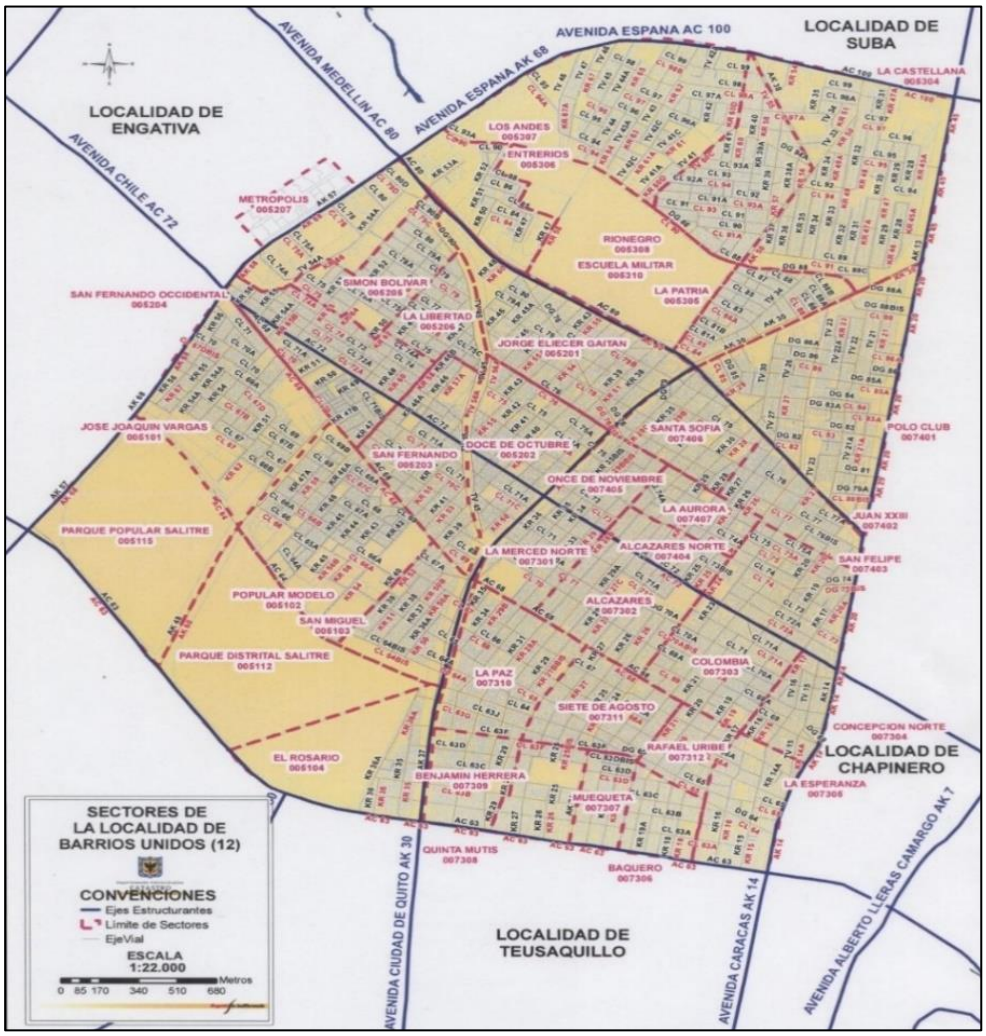
Las obras descritas en el presente documentos se ubican en diferentes puntos de la localidad ubicada en el noroccidente de la ciudad, limitando al occidente, con la Avenida carrera 68, que la separa de la localidad de Engativá; al sur, con la calle 63, que la separa de la localidad de Teusaquillo; al norte con la calle 100, que la separa de la localidad Suba y, al oriente, con la Avenida Caracas, que la separa de la localidad de Chapinero.[1]

1.4 UBICACIÓN

La localidad de Barrios Unidos se encuentra en el noroccidente de Bogotá, al occidente, limita con la carrera 68, que la separa de la localidad de Engativá, al sur, limita con la calle 63, que la separa de la localidad de Teusaquillo, al norte, limita con la calle 100, que la separa de la localidad de Suba, al oriente, limita con la avenida Caracas, que la separa de la localidad de Chapinero, Barrios Unidos es la localidad número 12 de Bogotá y está conformada por 44 barrios. Se caracteriza por su desarrollo comercial y de servicios, y por ser una zona con gran vocación residencial.

[1] Anexo 1 – Anexo Técnico, Licitación De Obra Pública De Infraestructura De Transporte (Versión 3)

Imagen 1. Localización Geográfica Barrios Unidos



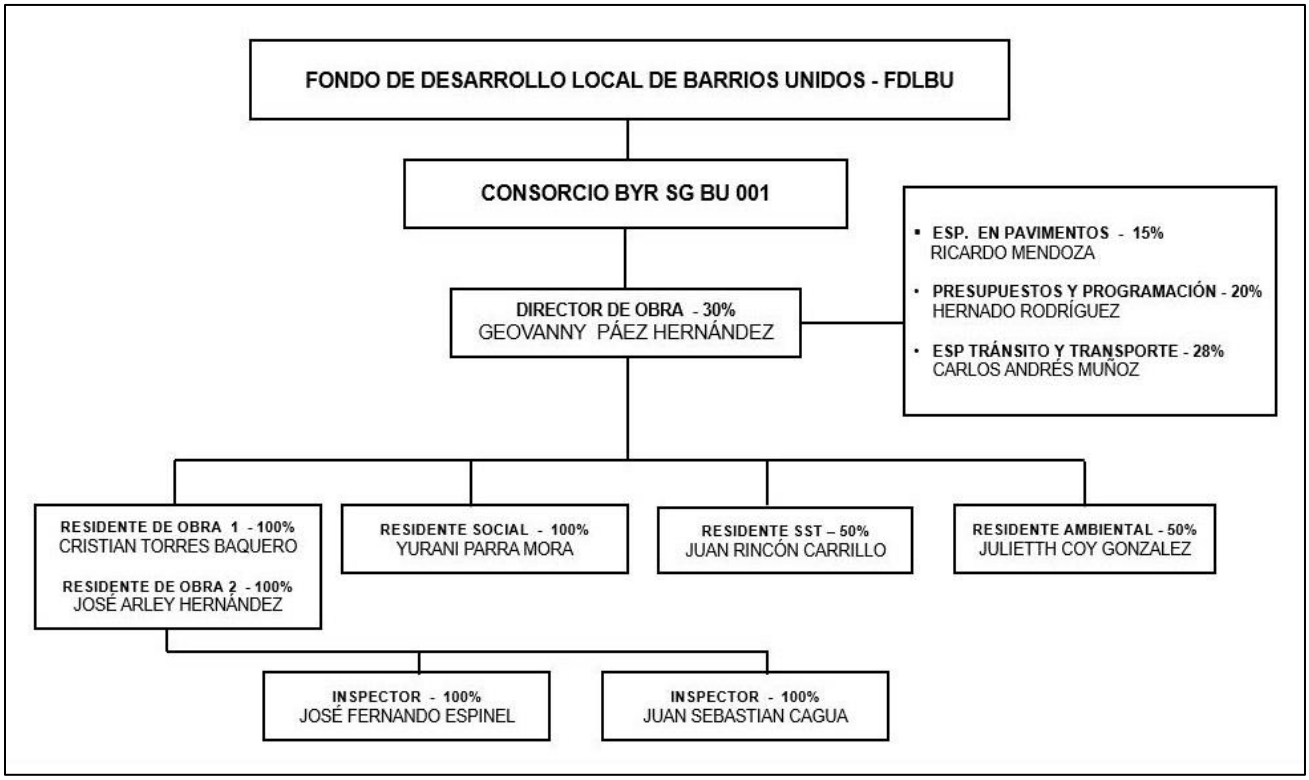
Fuente: Google imágenes

1.5 ALCANCE GENERAL DEL PROYECTO

El presente informe describe las actividades dirigidas a todo el personal vinculado al proyecto que abarca todas las obras necesarias para la conservación de la malla vial local e intermedia en los segmentos que defina el Fondo de Desarrollo Local de Barrios Unidos, Contrato de Obra No. 491-2024 COP (120329).

1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Organigrama Consorcio BYR SG BU 001



Fuente: Consorcio BYR SG BU 001

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAES SST DESARROLLADAS

El presente informe tiene como objetivo relacionar las actividades desarrolladas y presentar los soportes correspondientes a la gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), llevadas a cabo por el Consorcio BYR SG BU 001, en cumplimiento de los requisitos de la normatividad vigente en Seguridad y Salud al Trabajo, las normas establecidas por el Ministerio de Trabajo y el Fondo de Desarrollo Local de Barrios unidos - FDLBU, correspondiente al periodo del informe No 2 del contrato.

2.1 PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO

De acuerdo con el personal exigido en los pliegos de condiciones, se cumple con la dedicación contractual establecida para los profesionales y personal del contrato, los cuales se relacionan en el Anexo 1, entregando los respectivos soportes de pagos a seguridad social del periodo. Ver Anexo 2.

Información personal vinculado durante el periodo:

Tabla 2. Información personal vinculada durante el periodo

EMPRESA	PERSONAL NUEVO	PERSONAL ANTIGUO	RETIRO	TOTAL TRABAJADORES
CONSORCIO BYR SG BU 001	32	9	1	42
TOTAL, PERSONAL	**32**	**9**	**1**	**42**

2.2 HORAS HOMBRE TRABAJADAS - HHT

Para el presente informe, se calculan las siguientes horas hombres trabajadas: 5247,36 HHT, para el periodo del 20 de febrero a 19 de marzo de 2025.

2.3 PROGRAMA DE INDUCCIÓN

2.3.1 Inducción SST

Durante el periodo se realizó el proceso de inducción a treinta y uno (31) trabajadores. El proceso de inducción abarca la socialización de los procedimientos de trabajo seguro que han sido presentados y aprobados por interventoría, se socializan horarios de trabajo, notificación de riesgos según actividades a desarrollar, normas y políticas del Consorcio BYR SG BU 001,

metodología de notificación de accidentes laborales o con terceros que puedan presentarse durante la jornada de trabajo, se notifica a cada trabajador el sistema de salud al que se encuentra afiliado, se socializa plan de emergencias acordes al frente de trabajo intervenido: realizando reconocimiento de puntos de encuentro en caso de presentarse emergencias, socialización integrantes y funciones de la brigada de emergencias. Ver Anexos 3 y 7.

Complementando lo anterior, se sensibiliza a los trabajadores que ingresen nuevos al proyecto en temas relacionados con Procedimientos de Trabajo Seguro, Políticas, Reglamentos, Metodologías de trabajo, bioseguridad y medidas de prevención para el Covid 19, entre otros.

2.4 AFILIACIÓN Y PAGO AL SGSSI

Todo el personal, se encuentra afiliado a la ARL, EPS y AFP dando cumplimiento a la normatividad vigente, definidos en el Ley 100 de 1993. En el Anexo 2 se encuentran las planillas de los pagos vigentes que soportan y dan evidencia, a la cobertura del Sistema General de Seguridad Social y Riesgos Laborales.

2.5 COPASST Y CCL

2.5.1 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

La reunión del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se realizó el 3 de marzo de 2025. En el Anexo 4 se adjunta al presente informe el acta de reunión.

- **Desarrollo de temas Copasst:**

1. Verificación de la Asistencia.
2. Revisión de compromisos comité anterior
3. Desarrollo de temas, Bioseguridad
4. Varios

2.5.2 Comité de Convivencia Laboral

La reunión del comité de convivencia laboral se realizará en dos meses. Para el presente período no se reportaron quejas o casos que alteraran la convivencia laboral entre los trabajadores.

2.6 SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

El Consorcio BYR SG BU 001, promueve la promoción, prevención y control de la salud de sus trabajadores, con el fin de protegerlos de los factores de riesgo ocupacionales.
Se relacionan las actividades realizadas en el período:

- **EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES.**

  A continuación, se detallan las actividades que en general son desarrolladas dentro de este programa:

Tabla 3. Exámenes médicos ocupacionales

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES	
TIPO	**DESCRIPCIÓN GENERAL**
INGRESO	Durante el periodo del informe se realizan treinta y dos (32) exámenes de ingreso
EGRESO	Durante el periodo del informe no se realizan exámenes de egreso
PERIÓDICO	Durante el periodo del informe no se realizan exámenes periódicos

2.6.1 Línea Base de Condiciones de Salud

La actividad de Línea Base se realizó para los ingresos del periodo. Todo el personal presenta las evaluaciones médicas de ingreso, afiliaciones y pagos al sistema de Seguridad Social, para el seguimiento de estas actividades se diligencia el formato Afiliación al Sistema de Seguridad Social y Registro de Exámenes Médicos, el cual se encuentra en el Anexo 1.

En el período se adjuntan treinta y uno (31) exámenes médicos ocupacionales de ingreso, en el Anexo 3 se adjunta el soporte documental de dichos exámenes; en los soportes de la evaluación médica del trabajador se citaron las recomendaciones que se encuentran en el Anexo 5 Inducciones y Anexo 6 Línea base de condiciones de salud

Se enlistan las recomendaciones laborales, relacionadas en los exámenes ocupacionales de ingreso:

- Control por medicina general
- Control por medicina especializada
- Uso de corrección óptica
- Uso de protección auditiva
- Control nutricional
- Control por Optometría
- Dieta y ejercicio físico
- Higiene postural
- Uso de EPPs
- Pausas Activas
- Autocuidado

2.6.2 Actividades, campañas de promoción y prevención

El Consorcio BYR SG BU 001, promueve la promoción, prevención y control de la salud de sus trabajadores, se relacionan las actividades realizadas en el período. Ver Anexo 5 Inducciones y Anexo 9 Capacitaciones

- Proceso de inducción al ingreso del personal (treinta y uno inducciones
- Tres capacitaciones en el período (ver tabla 10, informe Gestión SST No 2)

2.6.3 Exámenes médicos ocupacionales

Para el presente informe, se realizaron treinta y dos (32) exámenes ocupacionales de ingreso.

2.6.4 Casos de Reubicación Laboral

Para el presente período, en el proyecto no se presentaron casos de reubicación laboral

2.6.5 Ausentismo Laboral (indicadores)

A continuación, se presentan los indicadores laborales del periodo en el desarrollo del Contrato de obra No. 491-2024:

- Índice de Frecuencia en el Periodo:

$$IF = \frac{\text{N. de accidentes de trabajo reportados en el periodo X } 240.000}{horas\ hombre\ trabajadas}$$

$$IF = \frac{0\ x\ 240.000}{5247{,}36} = 0$$

- Índice de Severidad en el Periodo:

$$IS = \frac{N.\,dias\ perdidos\ x\ 240.000}{horas\ hombre\ trabajadas}$$

$$IS = \frac{0\ x\ 240.000}{5247{,}36} = 0$$

- Índice de Lesiones Incapacitantes en el Periodo:

$$ILI = \frac{Indice\ de\ frecuencia\ x\ indice\ de\ severidad}{1000}$$

$$ILI = \frac{0 * 0}{1000} = 0$$

- **Tasa de Ausentismo General en el Periodo:**

Para el cálculo de la tasa de Ausentismo General, se toma en cuenta el periodo comprendido del 20 de febrero a 19 de marzo de 2025 del presente año, contando los días hábiles de trabajo (de lunes a sábado), no se tiene en cuenta domingos ni festivos.

No se presentaron causas de ausentismo

Tabla 4. Relación de ausentismo general

sin casos de ausentismo en el período

- **Tasa de Ausentismo General en el Periodo:**

$$T.A.G = \frac{N°\ dias\ perdidos\ por\ EC + AT + EP + PERMISOS}{N°\ HHT}\ X\ 100$$

$$T.A.G = \frac{0}{5247{,}36} X\ 100 = 0\%$$

- **Tasa de Accidentalidad en el Periodo:**

$$T.A = \frac{N° \ de \ accidentes \ de \ trabajo}{N° \ de \ trabajadores \ en \ el \ periodo} \times 100$$

$$T.A = \frac{0}{42} \ X \ 100 = 0\%$$

Las estadísticas de ausentismo laboral global en el periodo se relacionan a continuación:

- **ALG (Ausentismo Laboral Global)**

$$ALG = \frac{TIEMPO \ DE \ TRABAJO \ PERDIDO \ EN \ EL \ PERIODO}{TIEMPO \ DE \ TRABAJO \ PROGRAMADO \ EN \ EL \ MISMO \ PERIODO} \ X \ 100$$

$$ALG = \frac{0}{5055{,}36} \ x \ 100 = 0\%$$

- **IGA (Índice General de Ausentistas)**

$$IGA = \frac{N° \ DE \ AUSENTISTAS \ EN \ EL \ PERIODO}{TOTAL \ DE \ TRABAJADORES \ EN \ EL \ PERIODO} \ X \ 100$$

$$IGA = \frac{0}{42} X\ 100 = 0\%$$

3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

Este subprograma tiene como objeto la identificación, reconocimiento, evaluación y control de los factores ambientales que se originen en los lugares de trabajo y que puedan afectar la salud de los trabajadores.

A continuación, se relacionan las actividades implementadas durante el período evaluado:

- En lo relacionado con la iluminación del área de trabajo las actividades se realizan en jornada diurna y nocturna, teniendo unas condiciones apropiadas de confort visual.

- Durante el período no se reportaron agentes contaminantes y/o factores de riesgo que presuntamente pudieran ocasionaran enfermedades laborales al personal del proyecto.

- Adicional a lo mencionado, el Consorcio BYR SG BU 001, cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial con el que se busca establecer normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa, así como de los trabajadores en relación con la prevención de la exposición a los riesgos.

3.1 Saneamiento Básico

Para el Consorcio BYR SG BU 001, el Saneamiento Básico comprende una serie de aspectos relacionados con los entornos laborales que permiten identificar condiciones inadecuadas, regulares y óptimas para la correcta ejecución de las actividades diarias preservando la salud de los trabajadores.

En el desarrollo de actividades los frentes de obra cuentan con los elementos necesarios para atender un evento que pueda ocasionar una posible emergencia, entre ellos se encuentran: botiquín, camillas, extintores y kit antiderrames.

- **Suministro de agua potable**

Las oficinas administrativas y los frentes de obra cuentan con suministro de agua potable por medio de un botellón de agua, el cual se abastece semanalmente de acuerdo al nivel de consumo que se presente.

Tabla 5. Agua suministrada

LUGAR	CANTIDAD DE AGUA SUMINISTRADA	LITROS / BOTELLÓN
Oficinas Administrativas	2 Botellones	40 Litros
Frente Puente Canal Río Arzobispo	3 Botellones	60 Litros
Frente Fresado e instalación de asfalto	3 Botellones	60 Litros

- **Mediciones de Higiene**

No aplican para el presente periodo.

4. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

El Consorcio BYR SG BU 001, tiene clara su responsabilidad con sus trabajadores y el hacer que sus empleados se comprometan con el cumplimiento de las normas y condiciones establecidas en este aspecto, como son el uso de elementos y equipos de trabajo, dotación y EPPs para el desarrollo de sus actividades (cuando aplique), por esta razón desde el proceso de inducción se sensibiliza a los trabajadores a cerca de la importancia del cumplimiento en estos aspectos, en el desarrollo de actividades laborales.

A continuación, se relacionan las actividades implementadas durante el período evaluado:

- Inspecciones planeadas. Ver Anexo 7
- Mantenimiento a las condiciones seguras en las áreas de trabajo (administrativas y frentes de obra), a través de la implementación y el mantenimiento a la demarcación y señalización del área de trabajo y zonas de tránsito del personal.
- Mantenimiento a las condiciones de orden y aseo en las áreas de trabajo (administrativas y frentes de obra).
- Capacitaciones realizadas de acuerdo con el cronograma de actividades. Ver Anexo 9
- Análisis de riesgo por oficio - ARO. Ver anexo 12.
- Análisis de Incidentes y Accidentes de Trabajo (cuando aplique)

- **Gestión de Campamentos**

Los frentes de obra no cuentan con campamentos establecidos, en su lugar, en cada frente de obra (Frente Puente Canal Río arzobispo y Frente Fresado e instalación de asfalto), se ubica una carpa dotada con los elementos necesarios para el desarrollo de actividades.

Cada carpa se encuentra dotada con camilla, botiquín, extintor de 10Lb, kits antiderrames, un botellón de agua potable para consumo humano, adicionalmente sirve como resguardo para los trabajadores, en caso de presentarse lluvia durante la jornada de trabajo.

4.1 Matriz de Identificación de Peligros

El Consorcio BYR SG BU 001cuenta con la Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos. En esta matriz se diferencian las áreas y cargos con los diferentes factores de riesgo a los que se encuentra expuesto el personal, dando una valoración que permita determinar el nivel del riesgo (bajo, medio, alto, muy alto) y brindando medidas de intervención para los riesgos identificados.

En el proceso de inducción se notifica a cada trabajador que ingresa al proyecto, los riesgos identificados en la Matriz, a los cuales van a estar expuestos en el desarrollo de sus actividades laborales. En las actividades de capacitación y charlas diarias, se incluyen temas relacionados con la prevención de los riesgos identificados.

4.2 Programas de Inspecciones

Durante el periodo se realizaron las inspecciones programadas (Ver Anexo 7 Inspecciones SST) las cuales se relacionan a continuación:

Tabla 6. Inspecciones - Informe No 2 - 2025

INSPECCIÓN REALIZADA	PERÍODO DE INSPECCIÓN	CANTIDAD DE INSPECCIONES
EPPs	3 de marzo de 2025 a 19 de marzo de 2025	6
Botiquín	20 de febrero de 2025 a 19 de marzo de 2025	9
Extintores	3 de marzo de 2025 a 19 de marzo de 2025	3
Herramientas	3 de marzo de 2025 a 19 de marzo de 2025	5
Orden y Aseo	3 de marzo de 2025 a 19 de marzo de 2025	9
Volqueta LCN 085	10 a 15 de marzo de 2025	5
Volqueta LCN 085	10 a 15 de marzo de 2025	6
Volqueta LCN 086	3 a 8 de marzo de 2025 10 a 15 de marzo de 2025	12
Camión LUL 328	10 a 15 de marzo de 2025	6
Volqueta LCN 085	10 a 15 de marzo de 2025	6
Minicargador BobCat S 570	10 a 15 de marzo de 2025	6
Vibro Ingersoll Rand Llanta	10 a 15 de marzo de 2025	6
Vibro Ingersoll Rand Rodillo	10 a 15 de marzo de 2025	6

4.3 Entrega y reposición de dotación y elementos de protección personal

Para el presente período de actividades de obra se registra la entrega de dotación (botas y overol) y elementos de protección personal (Ver Anexo 11) a todos los trabajadores que ingresan al contrato. Esta entrega se registra en los formatos destinados para tal fin. A continuación, se relaciona la tabla de entrega de los elementos:

Tabla 7. Entrega de Dotación y EPPs

ELEMENTO	CANTIDAD	INICIAL	REPOSICIÓN
Casco	8	x	
Botas de Material	13	x	
Overol	17	x	x
Chaleco	14	x	
Impermeable	14	x	
Chaqueta	2	x	
Monogafas	8	x	
Prot. Respiratorio	31	x	
Prot. Auditivo Inserción	19	x	
Guantes Vaqueta	12	x	
Guantes de Caucho	4	x	
Guantes de Nitrilo	1	x	

4.4 Accidentalidad (indicadores)

A continuación, se realiza una relación de los accidentes laborales ocurridos durante la fase de actividades previas del Contrato obra No. 491-2024:

En el periodo no se presentan accidentes laborales.

Tabla 8. Acumulado de accidentalidad laboral - mes a mes

TRABAJADOR	FECHA ACCIDENTE	DÍAS DE INCAPACIDAD		TOTAL DÍAS DE INCAPACIDAD	LUGAR DONDE SE GENERO EL ACCIDENTE
		FECHA DE INICIO	FECHA FINALIZACIÓN		
NO APLICA	NO APLICA				NO APLICA

A continuación, se relacionan las estadísticas de accidentalidad para el periodo del 20 de febrero al 19 de marzo de 2025:

Tabla 9. Relación de accidentalidad

En este periodo no se presentaron accidentes laborales.

4.5 Actos inseguros

En el periodo no se presentan accidentes laborales.

4.6 Condiciones inseguras

En el periodo no se reportan condiciones inseguras.

4.7 Capacitaciones

En el período se realizan las siguientes capacitaciones y sensibilizaciones. Ver Anexo 9.

Tabla 10. Capacitaciones del período

TEMA	FECHA	No DE TRABAJADORES
Autocuidado en el desarrollo de actividades laborales	12/03/2025	35
Manejo de Maquinaria, Riesgos y prevención de accidentes	12/03/2025	35
Seguridad vial	14/03/2025	35

4.8 Plan de Emergencias

- En las oficinas del Consorcio y en las carpas ubicadas en los frentes de obra, se cuentan con los con los elementos necesarios para atender una emergencia: botiquín, camilla e inmovilizadores, extintores, kits antiderrames.
- Conformación de la brigada de emergencia con el personal que ingresó al proyecto, la conformación se realizó el diez (10) de marzo de 2025. Aprovechando el proceso de inducción, se invitó a los trabajadores para hacer parte de la brigada, dejando consignada en un acta dicha conformación. Ver Anexo 14
- La Residente Ambiental conformó la brigada de orden aseo y limpieza - BOAL, estos trabajadores brindarán apoyo a la brigada de emergencia, en caso que se requiera. Ver Anexo 13

En la tabla 10, se relacionan los elementos disponibles en las carpas de los frentes de obra y en las oficinas administrativas del Consorcio BYR SG BU 001.

Tabla 11. Elementos del kit de emergencias

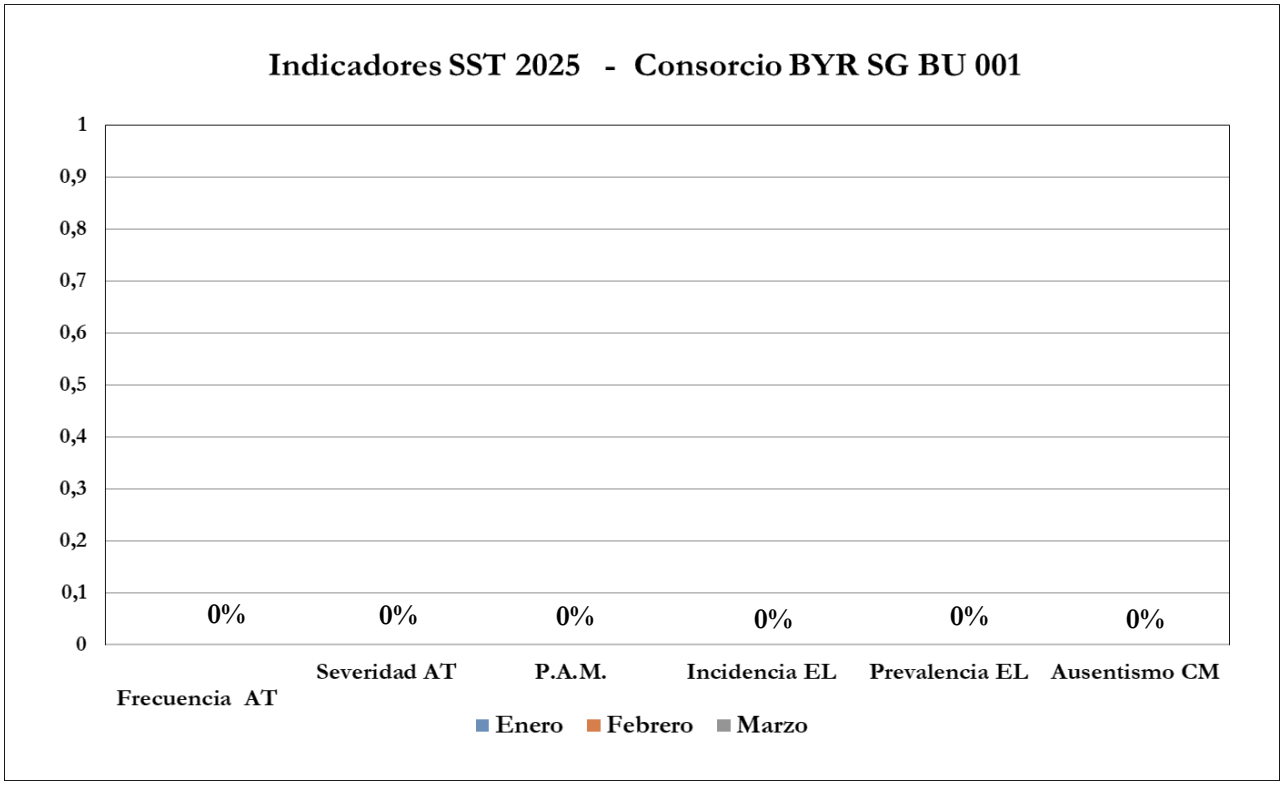
LUGAR	INSUMOS		
	ELEMENTO	**CANTIDAD**	**DISTRIBUCIÓN**
Oficinas Administrativas y Frentes de obra	Extintores	5	3 oficinas administrativas 1 frente Puente Canal arzobispo 1 frente fresado y asfalto
	Camillas	3	1 oficinas administrativas 1 frente Puente Canal arzobispo 1 frente fresado y asfalto
	Botiquines	3	1 oficinas administrativas 1 frente Puente Canal arzobispo 1 frente fresado y asfalto
	Kits antiderrames	3	3 oficinas administrativas 1 frente Puente Canal arzobispo 1 frente fresado y asfalto

5. INDICADORES SST

A continuación, se presentan los indicadores del período, el análisis está basado en lo exigido por la Resolución 0312 del 13 de febrero de 2019, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Artículo 30. Indicadores Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo".

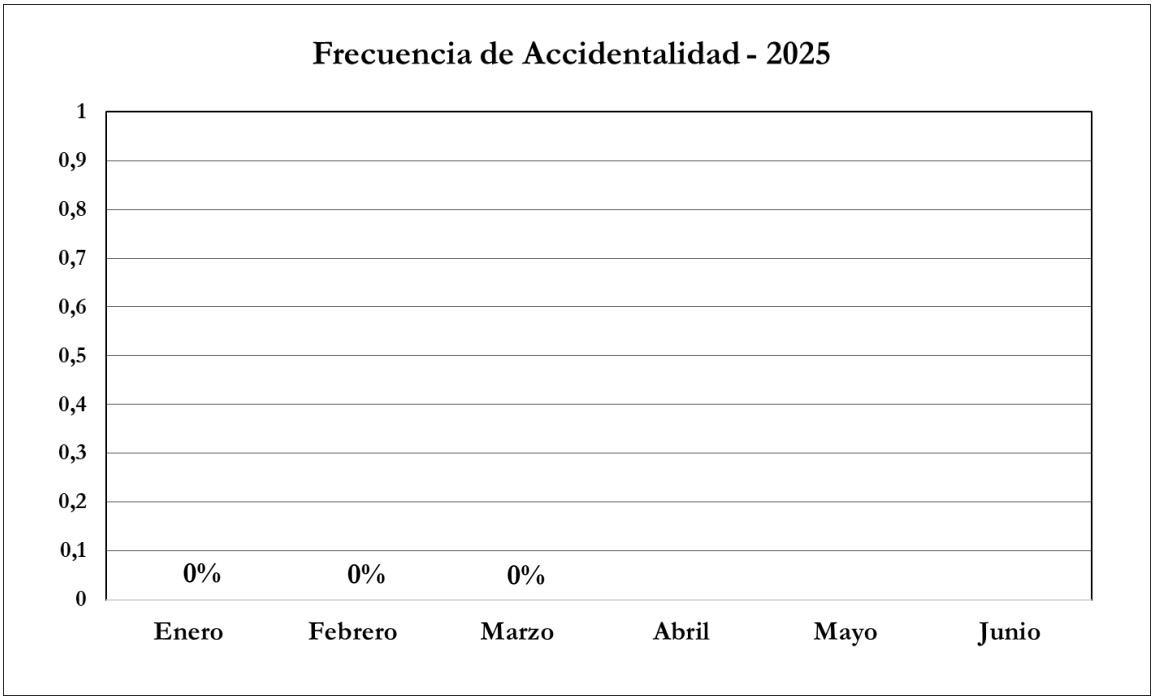
Tabla 12. Indicadores SST - 2025

AÑO 2025	Frecuencia de Accidentalidad	Severidad de Accidentalidad	P.A.M. Proporción de accidentes mortales	Incidencia de la enfermedad laboral	Prevalencia de la enfermedad laboral	Ausentismo por causa médica
Enero	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0
Marzo	0	0	0	0	0	0



- **Frecuencia de Accidentalidad**

Este indicador permite calcular el número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes, se aplica la siguiente fórmula.



$$Frecuencia\ de\ accidentalidad = \frac{\#\ de\ accidentes\ de\ trabajo\ en\ el\ mes}{\#\ de\ trabajadores\ en\ el\ mes} \times 100$$

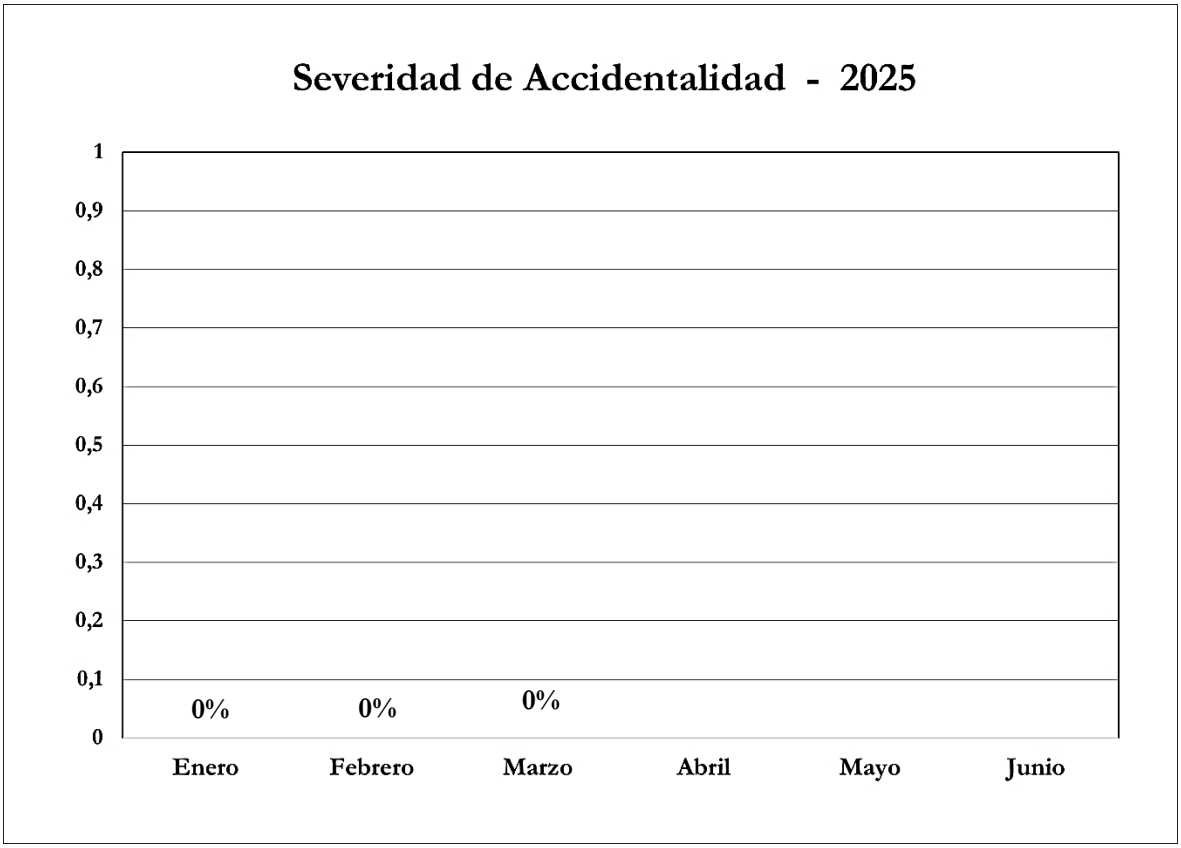
FA = (0/42) x 100

FA = 0%

Por cada cuarenta y dos (42) trabajadores que laboraron en el período, se presentaron cero (0) accidentes de trabajo.

- **Severidad de Accidentalidad**

Este indicador, permite calcular el número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes.



$$Severidad\ de\ accidentalidad\ = \frac{\#\ de\ días\ de\ incapacidad\ por\ AT\ en\ el\ mes + \#\ días\ cargados\ en\ el\ mes}{\#\ de\ trabajadores\ en\ el\ mes} \times 100$$

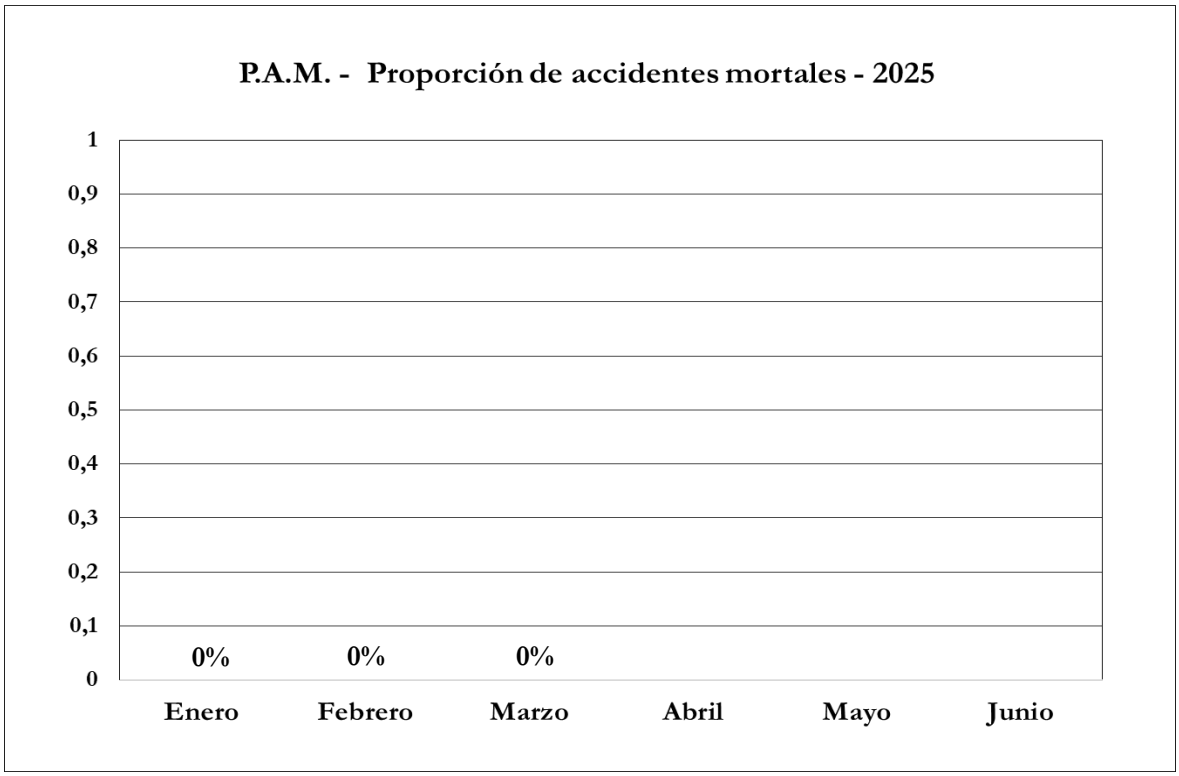
SA = (0+0) / 42 x 100

SA = 0%

Por cada cuarenta y dos (42) trabajadores que laboraron en el período, no se perdieron días por accidentes de trabajo.

- **Proporción de accidentes de trabajo mortales**

Este indicador, permite calcular el número de accidentes de trabajo mortales en el año.



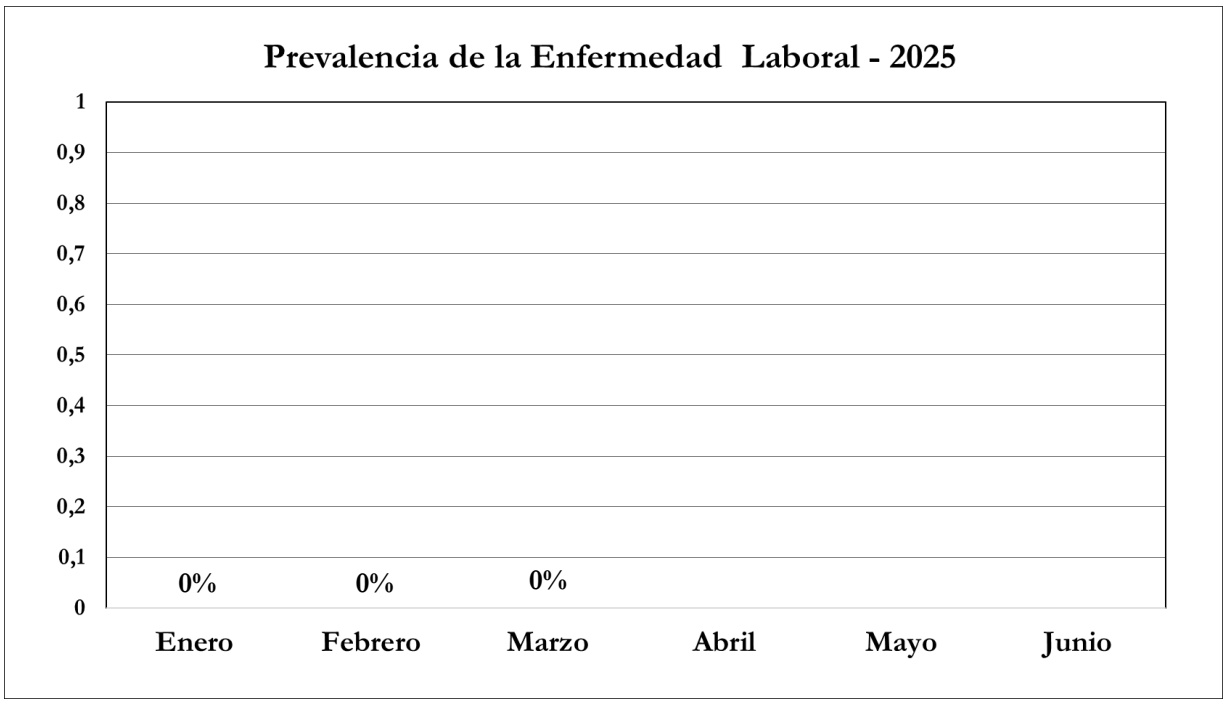
$$Proporción\ de\ AT\ mortales\ = \frac{\#\ de\ AT\ mortales\ en\ el\ año}{\#\ de\ AT\ en\ el\ año} \times 100$$

# AT mortales en el año	0
# AT en el año	0

En lo corrido del año, el porcentaje de accidentes de trabajo mortales fue cero (0)

- **Prevalencia de la enfermedad laboral**

Este indicador, permite calcular el número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo.



$$Prevalencia\ de\ enfermedad\ laboral = \frac{\#\ de\ casos\ nuevos\ y\ antiguos\ de\ EL\ en\ periodo\ Z}{Promedio\ de\ trabajadores\ en\ periodo\ Z} \times 100.000$$

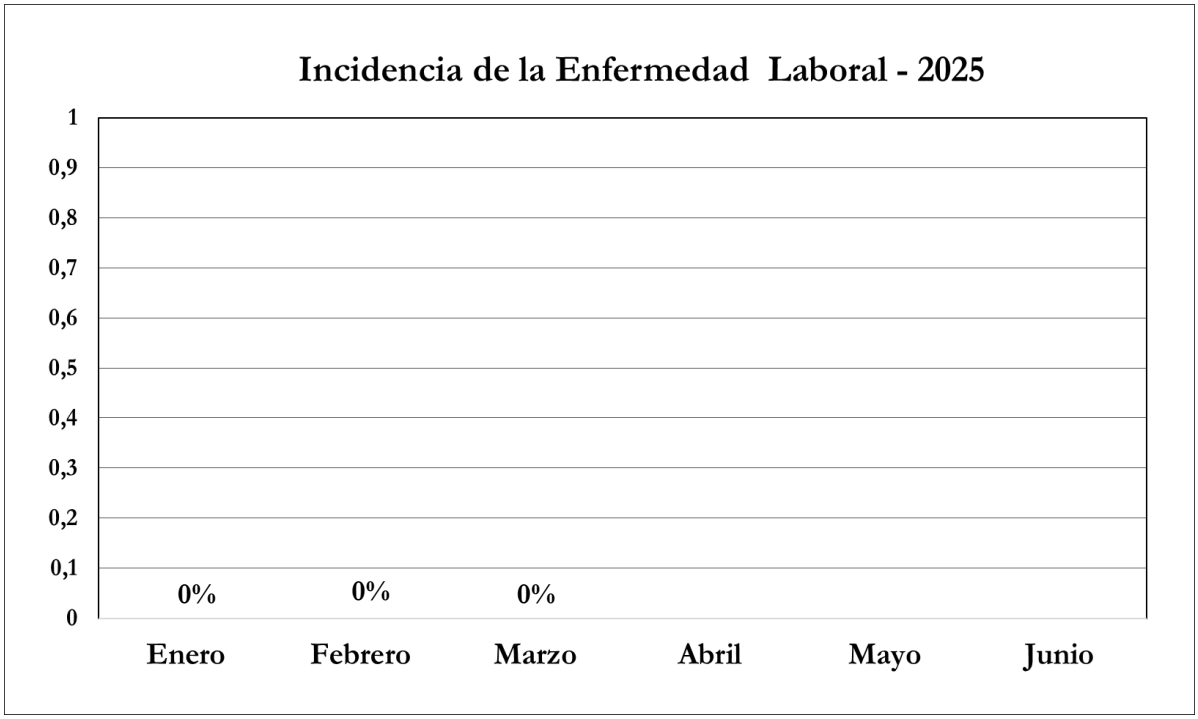
PEL = (0/42) x 100.000

PEL = 0

Por cada 100.000 trabajadores no existen casos de enfermedad laboral en el periodo evaluado.

- **Incidencia de la enfermedad laboral**

Este indicador, permite calcular el número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un período de tiempo.



$$Incidencia\ de\ enfermedad\ laboral = \frac{\#\ de\ casos\ nuevos\ de\ EL\ en\ periodo\ Z}{Promedio\ de\ trabajadores\ en\ periodo\ Z} \times 100.000$$

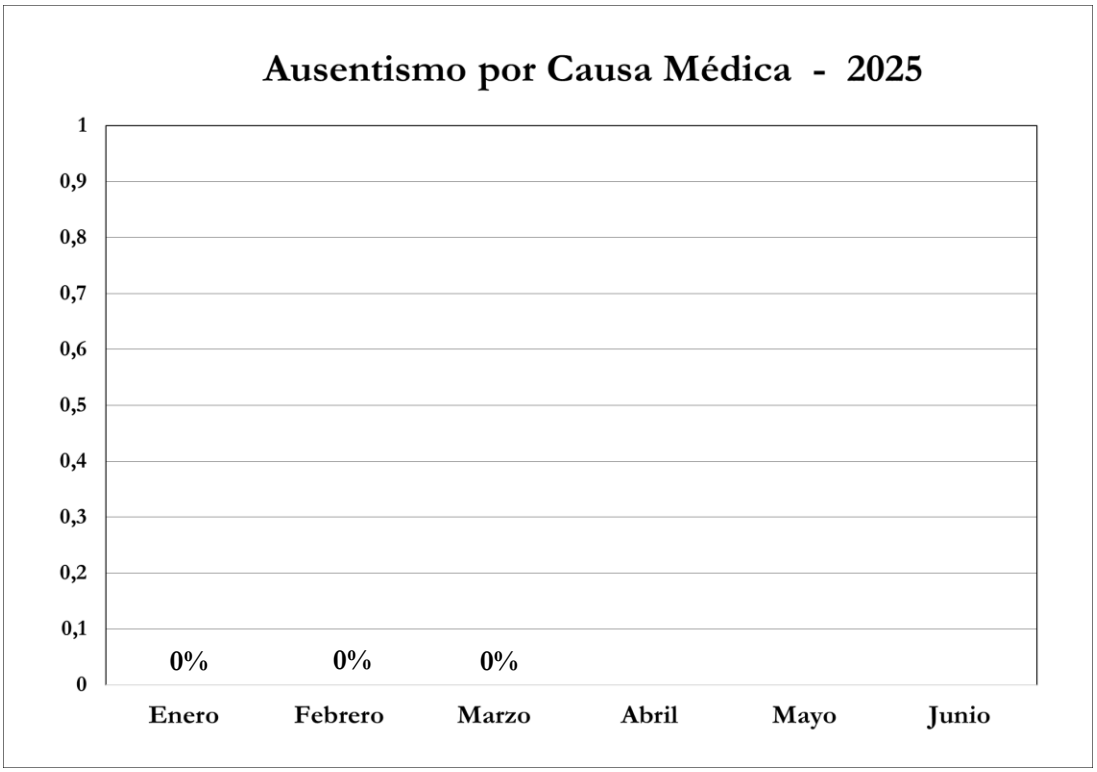
IEL = (0/42) x 100.000

IEL = 0

Por cada 100.000 trabajadores no existen casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo evaluado.

- **Ausentismo por Causa Médica**

A través de este indicador se mide la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica.



$$Ausentismo\ por\ causa\ médica = \frac{\#\ de\ días\ de\ ausencia\ por\ incapacidad\ laboral\ o\ común\ en\ el\ mes}{\#\ de\ días\ programados\ de\ trabajo\ en\ el\ mes} \times 100$$

ACM = (0/42) x 100

ACM = 0%

No se perdieron días programados de trabajo por incapacidad médica

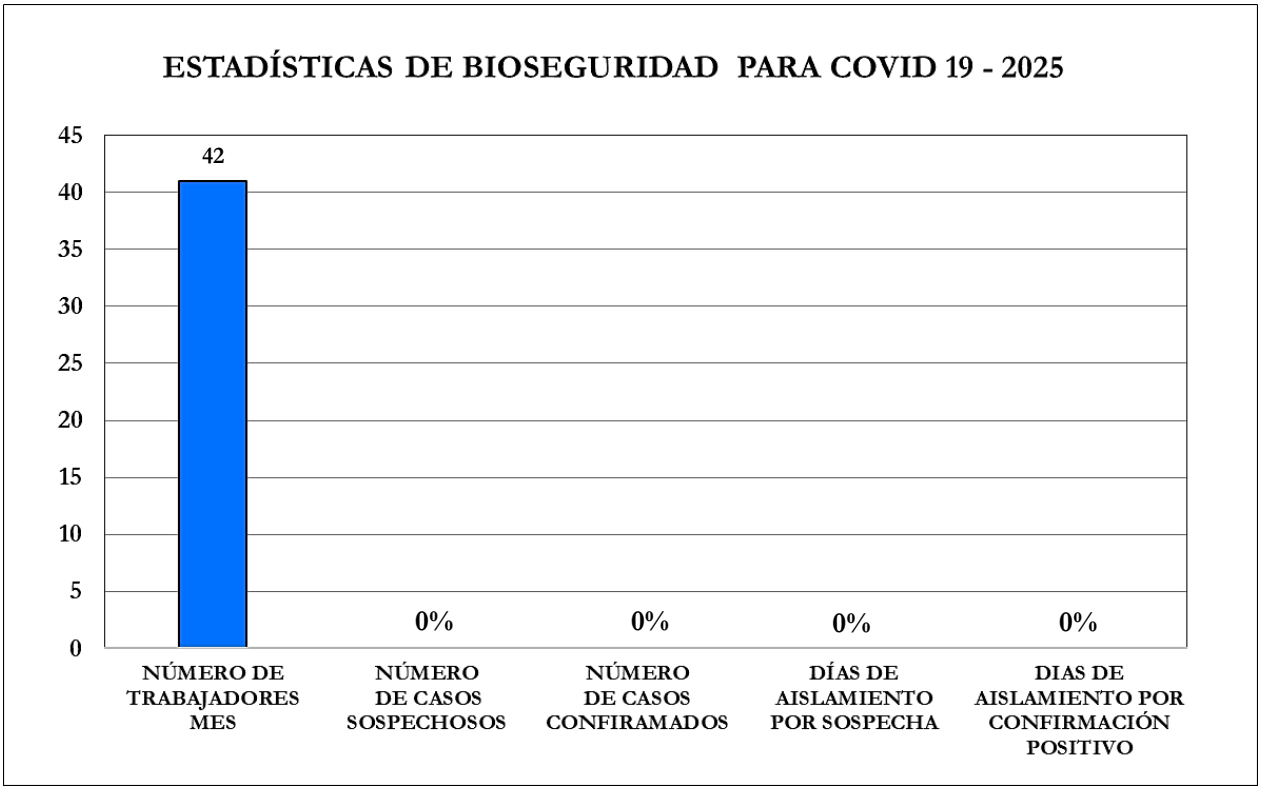
5.1 Estadísticas de Bioseguridad para COVID-19

En la tabla 5 se relacionan las novedades aplicables al período del informe

Tabla 13. Estadísticas sintomatología y seguimiento COVID-19

NÚMERO DE TRABAJADORES MES	NÚMERO DE CASOS SOSPECHOSOS	NÚMERO DE CASOS CONFIRAMADOS	DÍAS DE AISLAMIENTO POR SOSPECHA	DIAS DE AISLAMIENTO POR CONFIRMACIÓN POSITIVO
42	0	0	0	0

Imagen 2 Estadísticas de Bioseguridad para COVID-19



En el período no se presentaron casos sospechosos o confirmados para Covid-19

6. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES A LA GESTIÓN SST

Durante el transcurso del periodo, se realizaron las siguientes actividades propias del cumplimiento del objeto contractual.

- **Seguimiento**

Se llevaron a cabo comités con los componentes de las áreas Ambiental y SST entre el contratista, la interventoría y la entidad contratante. Las actas se adjuntan en el Anexo 16.

A continuación, se describen los temas de las mesas realizadas:

- **Reunión 26 de febrero de 2025**

Fecha	Tipo de Comité	Temas tratados
26/02/2025	Reunión SSTMA	**Temas tratados:** ▪ El 17 de febrero se remite el SG-SST y se recibieron observaciones por parte de la interventoría, las cuales fueron atendidas, cumpliendo con este requisito del contrato. ▪ El día jueves 20 de febrero se llevó a cabo la socialización del proyecto con la Junta Administradora Local (JAL). ▪ A la fecha de la reunión, no se presentaron accidentes laborales ni condiciones inseguras, así como tampoco se reportaron incidentes ambientales.
		Seguimiento y Compromisos: La Interventoría

- **Reuniones 5 de marzo de 2025**

Fecha	Tipo de Comité	Temas tratados
05/03/2025	Reunión SSTMA	**Temas tratados:** ▪ Aprobación del PIN ambiental 26913 para el contrato 491 de 2024 por parte de la Secretaría Distrital de Ambiente - SDA ▪ Se realiza reunión del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo. Previamente. ▪ Se realiza la entrega de los informes mensuales de cada componente, por parte del contratista. ▪ Se realiza el proceso de inducción a todo el personal nuevo que ingresa al proyecto. ▪ Se realizan las inspecciones planeadas. ▪ En la gestión de campamentos, se informa que se instalaron carpas dotadas con elementos esenciales como camillas, botiquines, extintores de 10 libras, kits antiderrames, botellones de agua potable y espacio de resguardo para los trabajadores en caso de lluvia. ▪ A la fecha de la reunión, no se presentaron accidentes laborales ni condiciones inseguras, así como tampoco se reportaron incidentes ambientales.
		Seguimiento y Compromisos: La Interventoría menciona que, una vez revisadas las actividades de seguimiento y revisión al avance presentado por parte del contratista, la interventoría determina la necesidad de darle continuidad a todos los parámetros exigidos en obra.

- **Reunión 13 de marzo de 2025**

Fecha	Tipo de Comité	Temas tratados
13/03/2025	Reunión SSTMA	**Temas tratados:** ▪ Se realiza la recepción de exámenes médicos ocupacionales de ingreso y afiliaciones a seguridad social al personal nuevo. ▪ Se realiza el proceso de inducción a todo el personal nuevo que ingresa al proyecto ▪ Se realizan las inspecciones planeadas ▪ En la gestión de campamentos, se informa que se mantienen instaladas las carpas dotadas con los elementos ▪ Se conformó la Brigada BOAL. ▪ A la fecha de la reunión, no se presentaron accidentes laborales ni condiciones inseguras, así como tampoco se reportaron incidentes ambientales.
		Seguimiento y Compromisos: La Interventoría menciona que, una vez revisadas las actividades de seguimiento y revisión al avance presentado por parte del contratista, esta determina la necesidad de darle continuidad a todos los parámetros exigidos en obra.

- **Reunión 19 de marzo de 2025**

Fecha	Tipo de Comité	Temas tratados
19/03/2025	Reunión SSTMA	**Temas tratados:** ▪ Se realiza la recepción de exámenes médicos ocupacionales de ingreso y afiliaciones a seguridad social al personal nuevo. ▪ Se realiza el proceso de inducción a todo el personal nuevo que ingresa al proyecto ▪ Se realizan las inspecciones planeadas ▪ Entre el 7 y el 16 de marzo de 2025, se las capacitaciones de las áreas ambiental y SST sobre riesgos identificados. ▪ A la fecha de la reunión, no se presentaron accidentes laborales ni condiciones inseguras, así como tampoco se reportaron incidentes ambientales.
		Seguimiento y Compromisos: La Interventoría menciona que, una vez examinadas las actividades de seguimiento y revisión al avance presentado por parte del contratista, determina la necesidad de darle continuidad a todos los parámetros exigidos en obra.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Inducción a trabajadores nuevos





Inspecciones Planeadas





REGISTRO FOTOGRÁFICO

Entrega De EPPs





Demarcación senderos peatonales y áreas de trabajo





REGISTRO FOTOGRÁFICO

Instalación de carpas en frentes de obra





Entrega de dotación

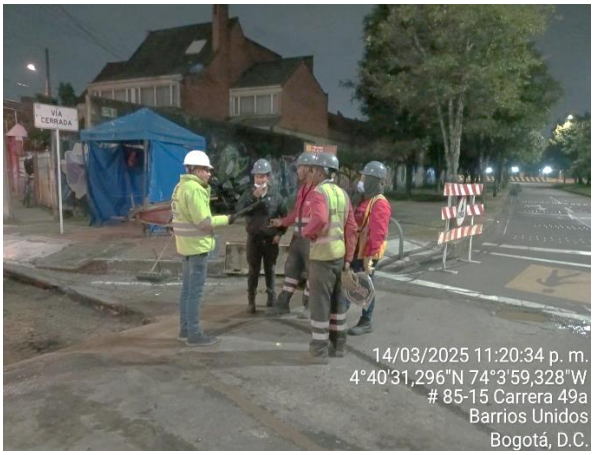




REGISTRO FOTOGRÁFICO

Capacitación del personal





Control de tráfico en el frente de obra





REGISTRO FOTOGRÁFICO

Instalación de PMT





Instalación de PMT





CONCLUSIONES

- El área SST mantiene los estándares de cumplimiento exigidos para el desarrollo de actividades en el Contrato de obra No. 491-2024.
- En el periodo evaluado no se presentaron accidentes ni incidentes laborales
- En el período evaluado no se presentaron casos relacionados a enfermedades laborales
- En el periodo evaluado no se presentaron casos sospechosos o confirmados por Covid-19
- Todo el personal que ingresó al proyecto cumplió con el proceso de inducción, el cual incluía la documentación completa al SGSSI, toma de exámenes médicos ocupacionales, socialización de los procedimientos de trabajo seguro, socialización de horarios de trabajo, notificación de riesgos según actividades a desarrollar, normas y políticas del Consorcio BYR SG BU 001.
- Para el período evaluado, se cumplió con las obligaciones laborales, pago de salarios y/u honorarios y demás obligaciones laborales y contractuales.
- Durante todo el desarrollo de actividades en el periodo evaluado, se realizó la entrega a los trabajadores nuevos y la reposición a los trabajadores antiguos de la dotación y elementos de protección personal, de acuerdo con las actividades que se realizaron y las inspecciones ejecutadas, en el desarrollo de sus actividades laborales.

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS

FECHA		
19	MARZO	2025

CONTRATISTA OBRA	
CONTRATO No	CONTRATO DE OBRA No. 491-2024 COP (120329)
CONTRATISTA	CONSORCIO CONSORCIO BYR SG BU 001
OBJETO	"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

PERIODO DE INFORME	20/02/2025	A	19/03/2025

No	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	ARL	EPS	AFP	EAMEN DE INGRESO	VALORACIÓN DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	INGRESOS								
1	SANDOVAL DIANA ALEXANDRA	53.091.284	INSPECTORA SSTMA	COLMENA	COMPENSAR	PROTECCIÓN	24/08/2024	APTO	NA
2	FLOREZ BENAVIDES OLGA ROSA	66.884.179	AUXILIAR	COLMENA	COMPENSAR	PROTECCION	15/02/2025	APTO	NA
3	BAQUERO GUZMAN CARLOS ANDRÉS	1.069.730.228	INSPECTOR SSTMA	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	3/08/2024	APTO	NA
4	CAGUA MARROQUÍN JUAN SEBASTIAN	1.012.465.983	INSPECTOR TÉCNICO	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	12/08/2024	APTO	NA
5	MINORTA CUELLAR ALEJANDRA YIZED	1.001.340.419	INSPECTORA TÉCNICO	COLMENA	SANITAS	COLPENSIONES	5/03/2025	APTO	NA
6	HERNÁNDEZ QUEVEDO JOSÉ ARLEY	79.707.449	RESIDENTE DE OBRA 2	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	5/03/2025	APTO CON RESTRICCIÓN	NA
7	LARROTA BERNAL DIEGO ARMANDO	1.030.523.797	PERSONAL ADMINISTRATIVO	COLMENA	FAMISANAR	PORVENIR	5/08/2024	APTO	NA
8	RODRÍGUEZ CESAR FERNANDO	79.882.978	AUXILIAR SOCIAL	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	27/02/2025	APTO	NA
9	ESPINEL PÉREZ JOSÉ FERNANDO	1.073.155.481	INSPECTOR TÉCNICO	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	28/02/2025	APTO	NA
10	DÍAZ GONZÁLEZ DIOBANIS	1.049.942.577	OFICIAL	COLMENA	SALUD TOTAL	PORVENIR	22/01/2025	APTO	NA
11	LASSO EIDER YESID	1.030.624.126	OPERADOR	COLMENA	SURA	COLFONDOS	26/10/2024	APTO	NA
12	GARCÍA GONZÁLEZ CARLOS	1.049.928.570	AYUDANTE - BOAL - AUXILIAR TRÁFICO	COLMENA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	1/03/2025	APTO	NA
13	GONZALEZ ALCAZAR DELIA ROSA	1.049.942.556	AYUDANTE - BOAL - AUXILIAR TRÁFICO	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	5/03/2025	APTO	NA
14	PÉREZ MURILLO ÁNGEL EMILIO	1.043.844.769	AYUDANTE - BOAL - AUXILIAR TRÁFICO	COLMENA	NUEVA EPS	PORVENIR	6/03/2025	APTO	NA
15	YOPASÁ LUIS FERNANDO	79.155.073	CONDUCTOR	COLMENA	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	8/08/2024	APTO	NA
16	CRISTANCHO MICAN DAYRO ANTHONY	1.018.496.728	CONDUCTOR	COLMENA	NUEVA EPS	PORVENIR	10/03/2025	APTO	NA
17	MENA BREINER DANIEL	1.075.021.983	AYUDANTE - BOAL - AUXILIAR TRÁFICO	COLMENA	SALUD TOTAL	PORVENIR	4/03/2025	APTO	NA
18	MONTAÑO CAMACHO JUAN ANDRÉS	1.113.515.872	AYUDANTE	COLMENA	FAMISANAR	PORVENIR	1/03/2025	APTO	NA
19	ANGULO ANGULO JUNIOR MAURICIO	1.080.833.567	AYUDANTE	COLMENA	FAMISANAR	PORVENIR	1/03/2025	APTO	NA
20	SALAMANCA GALÁN JUAN JOSÉ	19.308.485	INSPECTOR DE OBRA	COLMENA	FAMISANAR	COLPENSIONES	7/03/2025	APTO	NA
21	RODRÍGUEZ CHRISTIAN FERNANDO	1.013.605.284	AYUDANTE	SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR	7/03/2025	APTO	NA
22	ACOSTA SERGIO ENRIQUE	1.024.561.847	AYUDANTE	SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR	7/03/2025	APTO	NA
23	TINJACÁ NIÑO EDUARD	80.246.361	NIVELETERO	SURA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	7/03/2025	APTO	NA
24	SALAMANCA JEISSON ENEYER	1.030.606.572	INGENIERO	SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR	7/03/2025	APTO	NA
25	ESPITIA JOHAN CAMILO	1.000.160.073	NIVELETERO	SURA	CAPITAL SALUD	PORVENIR	7/03/2025	APTO	NA
26	MARTÍN SALAS CARLOS	1.000.332.181	NIVELETERO	SURA	SURA	PORVENIR	7/03/2025	APTO	NA
27	MARTIN RAÚL EDUARDO	1.024.463.753	AYUDANTE	SURA	SURA	COLFONDOS	7/03/2025	APTO	NA
28	CONTRERAS GUSTAVO WILSON	79.711.639	OPERADOR	SURA	SURA	COLPENSIONES	8/03/2025	APTO	NA
29	FERNANDEZ C. MANUEL VICENTE	82.392.107	OPERADOR	SURA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	8/03/2025	APTO	NA
30	BELEÑO CRISTIAN ALEXANDER	1.003.711.823	OPERADOR	SURA	FAMISANAR	PORVENIR	13/11/2024	APTO	NA
31	MORENO DUARTE HERNAN	82.394.444	OPERADOR	SURA	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	10/03/2025	APTO	NA
32	SUAREZ LUIS ALEJANDRO	74.333.282	INSPECTOR 2	COLMENA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	22/01/2025	APTO	NA
	PERSONAL ANTIGUO								
33	PÁEZ HERNÁNDEZ GEOVANNY	79.638.902	DIRECTOR (A) DE OBRA	COLMENA	COMPENSAR	PROTECCION	3/04/2024	APTO	NA
34	TORRES BAQUERO CRISTIAN IVÁN	1.022.980.336	RESIDENTE DE OBRA 1	COLMENA	COMPENSAR	PROTECCION	5/08/2024	APTO	NA
35	MENDOZA RICARDO ALBERTO	74.371.480	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	24/12/2024	APTO	NA
36	RODRÍGUEZ RAMÍREZ HERNANDO	79.294.777	PROF. EN PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	COLMENA	SANITAS	COLPENSIONES	20/02/2024	APTO	NA
37	COY GONZÁLEZ JULIETTH	1.054.093.355	PROFESIONAL AMBIENTAL	COLMENA	SANITAS	PORVENIR	3/08/2024	APTO	NA
38	RINCÓN CARRILLO JUAN	79.758.991	RESIDENTE SST	COLMENA	SANITAS	COLPENSIONES	1/02/2024	APTO	NA
39	PARRA MORA YURANI	52.749.710	RESIDENTE SOCIAL	COLMENA	COMPENSAR	PORVENIR	5/08/2024	APTO	NA
40	MUÑOZ LEÓN CARLOS ANDRÉS	1.049.622.088	ESPECIALISTA EN TRÁNSITO Y TRANSPORTE	POSITIVA	COMPENSAR	PORVENIR	1/12/2024	APTO	NA
41	MARTÍNEZ FLAUTERO FREDY	1.023.925.477	CONDUCTOR	COLMENA	COMPENSAR	PORVENIR	5/08/2024	APTO	NA
	RETIROS								
42	CÁRDENAS SANCHEZ MIGUEL ANTONIO	5.993.877	RESIDENTE DE OBRA 2	POSITIVA	FAMISANAR	COLPENSIONES	1/10/2024	APTO	5/03/2025

Certificado de Aportes

Se certifica que GEOVANNY ALEXANDER PAEZ HERNANDEZ identificado(a) con CC 79638902 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA SAGESA LIMITADA NI 900193673

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1362247010	9483416675	E	2025-03-26																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$7,000,000	$1,120,000
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$7,000,000	$35,000
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$7,000,000	$35,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$7,000,000	$487,200
CCF	COMPENSAR	30	4%	$7,000,000	$280,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$7,000,000	$280,000

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:33.

Certificado de Aportes

Se certifica que CRISTIAN IVAN TORRES BAQUERO identificado(a) con CC 1022980336 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

COONSORCIO BYR SG BU 001 NI 901901203

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1412662975	9484679349	E	2025-04-15		X															

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	19	16%	$4,501,734	$720,300
ARL	COLMENA	19	6.96%	$4,501,734	$313,400
CCF	COLSUBSIDIO	19	4%	$4,501,734	$180,100
EPS	COMPENSAR	19	12.5%	$4,501,734	$562,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	19	3%	$4,501,734	$135,100
PARAFISCALES	SENA	19	2%	$4,501,734	$90,100

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:35.

Certificado de Aportes

Se certifica que CRISTIAN IVAN TORRES BAQUERO identificado(a) con CC 1022980336 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BYR CONSTRUCCIONES S.A.S NI 860028988

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1362090003	9483417278	E	2025-03-26	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	23	16%	$3,833,334	$613,400
ARL	COLMENA	23	6.96%	$3,833,334	$266,900
CCF	COLSUBSIDIO	23	4%	$3,833,334	$153,400
EPS	COMPENSAR	23	4%	$3,833,334	$153,400

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:36.

Certificado de Aportes

Se certifica que MIGUEL ANTONIO CARDENAS SANCHEZ identificado(a) con CC 5993877 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

COONSORCIO BYR SG BU 001 NI 901901203

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-04	1412710909	9484657216	E	2025-04-15		X															

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	5	16%	$1,184,667	$189,600
ARL	COLMENA	5	6.96%	$1,184,667	$82,500
CCF	COLSUBSIDIO	5	4%	$1,184,667	$47,400
EPS	FAMISANAR	5	12.5%	$1,184,667	$148,100
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	5	3%	$1,184,667	$35,600
PARAFISCALES	SENA	5	2%	$1,184,667	$23,700

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 03:41.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOSE ARLEY HERNANDEZ QUEVEDO identificado(a) con CC 79707449 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BYR CONSTRUCCIONES S.A.S NI 860028988

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-04	1410918343	9484660249	E	2025-04-15	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	25	16%	$4,166,667	$666,700
ARL	COLMENA	25	6.96%	$4,166,667	$290,100
CCF	COLSUBSIDIO	25	4%	$4,166,667	$166,700
EPS	SANITAS	25	4%	$4,166,667	$166,700

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 03:23.

Certificado de Aportes

Se certifica que RICARDO ALBERTO MENDOZA BOADA identificado(a) con CC 74371480 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

AUSCULTAR SAS NI 900108455

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1329940078	9483043608	E	2025-03-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$11,500,000	$1,840,000
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$11,500,000	$57,500
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$11,500,000	$57,500
ARL	COLMENA	30	6.96%	$11,500,000	$800,400
CCF	CAFAM	30	4%	$11,500,000	$460,000
EPS	SANITAS	30	4%	$11,500,000	$460,000

Este certificado se expide el día 2025-04-10 a las 04:47.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONSTRUCTORA EL CAIRO SAS**, identificada con **NI** número **860032671**, aportó por **HERNANDO RODRIGUEZ RAMIREZ** identificado(a) con **CC** número **79294777** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$12,000,000	0.16000	$1,920,000	$60,000	$60,000	Febrero - 2025	84618007	03/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$12,000,000	0.04000	$480,000	$0	$0	Febrero - 2025	84618007	03/03/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$12,000,000	0.00522	$62,700	$0	$0	Febrero - 2025	84618007	03/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$12,000,000	0.04000	$480,000	$0	$0	Marzo - 2025	84618007	03/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **27** días del mes **Marzo** de **2025**

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

Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN SEBASTIAN CAGUA MARROQUIN identificado(a) con CC 1012465983 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BYR CONSTRUCCIONES S.A.S NI 860028988

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1362090003	9483417278	E	2025-03-26																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,200,000	$352,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$2,200,000	$153,200
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$2,200,000	$88,000
EPS	SANITAS	30	4%	$2,200,000	$88,000

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:38.

Certificado de Aportes

Se certifica que YIZED ALEJANDRA MINORTA CUELLAR identificado(a) con CC 1001340419 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BYR CONSTRUCCIONES S.A.S NI 860028988

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-04	1410918343	9484660249	E	2025-04-15	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	25	16%	$1,750,000	$280,000
ARL	COLMENA	25	6.96%	$1,750,000	$121,800
CCF	COLSUBSIDIO	25	4%	$1,750,000	$70,000
EPS	SANITAS	25	4%	$1,750,000	$70,000

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 03:25.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOSE FERNANDO ESPINEL PEREZ identificado(a) con CC 1073155481 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BYR CONSTRUCCIONES S.A.S NI 860028988

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-04	1410918343	9484660249	E	2025-04-15	X								X	X							

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	26	16%	$2,853,369	$456,600
AFP	PORVENIR	1	16%	$100,000	$16,000
AFP	PORVENIR	1	16%	$100,000	$16,000
ARL	COLMENA	26	6.96%	$2,853,369	$198,600
ARL	COLMENA	1	0%	$100,000	$0
ARL	COLMENA	1	0%	$100,000	$0
CCF	COLSUBSIDIO	26	4%	$2,853,369	$114,200
CCF	COLSUBSIDIO	1	0%	$100,000	$0
CCF	COLSUBSIDIO	1	0%	$100,000	$0
EPS	SANITAS	26	4%	$2,853,369	$114,200
EPS	SANITAS	1	0%	$100,000	$0
EPS	SANITAS	1	0%	$100,000	$0

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:40.

Certificado de Aportes

Se certifica que FREDY MAURICIO MARTINEZ FLAUTERO identificado(a) con CC 1023925477 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA SAGESA LIMITADA NI 900193673

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1362247010	9483416675	E	2025-03-26																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,200,000	$352,000
ARL	COLMENA	30	6.96%	$2,200,000	$153,200
CCF	COMPENSAR	30	4%	$2,200,000	$88,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$2,200,000	$88,000

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:41.

Certificado de Aportes

Se certifica que DIEGO ARMANDO LARROTTA BERNAL identificado(a) con CC 1030523797 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BYR CONSTRUCCIONES S.A.S NI 860028988

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-03	1362090003	9483417278	E	2025-03-26																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,570,000	$411,200
ARL	COLMENA	30	6.96%	$2,570,000	$178,900
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$2,570,000	$102,800
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$2,570,000	$102,800

Este certificado se expide el día 2025-04-15 a las 04:41.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DIANA ALEXANDRA SANDOVAL CRISTANCHO identificado(a) con CC 53091284

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$5,500,000	4%	$220,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$5,500,000	16%	$880,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$5,500,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$5,500,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$5,500,000	6.96%	$382,800
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$5,500,000	4%	$220,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:42.

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para OLGA ROSA FLOREZ BENAVIDES identificado(a) con CC 66844179

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$2,450,000	4%	$98,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$2,450,000	16%	$392,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$2,450,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$2,450,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$2,450,000	0.522%	$12,800
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$2,450,000	4%	$98,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:44.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CARLOS ANDRES BAQUERO GUZMAN identificado(a) con CC 1069730228

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	29																		$1,693,600	4%	$67,800
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	1													L					$57,387	4%	$2,300
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	29																		$1,693,600	16%	$271,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	1													L					$57,387	16%	$9,200
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	29																		$1,693,600		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	1													L					$57,387		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	29																		$1,693,600		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	1													L					$57,387		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	29																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	1													L					$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	29																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	1													L					$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	29																		$1,693,600	6.96%	$117,900
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	1													L					$57,387	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	29																		$1,693,600	4%	$67,800
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	1													L					$58,400	4%	$2,400

Este certificado se expide el día 2025-03-27 a las 08:57.

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	RODRIGUEZ GARAY CESAR FERNANDO
IDENTIFICACIÓN:	CC 79882978
INICIO VIGENCIA:	01/03/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AUXILIAR SOCIAL
SALARIO:	2.500.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	BYR CONSTRUCCIONES S.A.S
CC /NIT:	NI 860028988
CONTRATO:	1149465
SEDE:	RIESGO 5
CENTRO DE TRABAJO:	RIESGO 5
INICIO VIGENCIA:	01/06/2018
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 28 días del mes de febrero del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 28/02/2025 9:50:09. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

186470081

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Para el cabeza de familia o primer cotizante en el caso de afiliados adicionales)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rodriguez	Garay	Cesar	Fernando

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	79882978	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COL

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		2'500.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cra 111b # 67-80	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3178879276	Cesar.comp@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Bogota	Bogota		Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO 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	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFILIADO(A)

OFIX SUMINISTROS Y LOGISTICA S.A.S. NIT 900 9[illegible]261 10026458 Sku:23572

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE 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)
BYR Construcciones SAS	NIT	860028988	

59. Ubicación
Dirección

Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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
- [ ] 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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. 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 de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

V. DATOS AJUSTES EN EL REPORTE DE NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	01/03/2025	Código	

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones 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 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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 Sisbén vigente.

VII. 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 | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

VIII. 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
Cesar Rodriguez	Carlos Baquero

IX. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 mismos.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario en la afiliación de oficio.

Total Anexos

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
Recibido por
Fecha 01-03-2025

NIT: 900843171
ACORDER

X. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XI. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. 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	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

CESAR FERNANDO RODRIGUEZ GARAY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.882.978**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 7 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DIOBANIS DIAZ GONZALEZ identificado(a) con CC 1049942577

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,850,000	4%	$74,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$1,850,000	16%	$296,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$1,850,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$1,850,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$1,850,000	6.96%	$128,800
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$1,850,000	4%	$74,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:41.

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EIDER YESID LASSO CUPITRA identificado(a) con CC 1030624126

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30							X											$2,100,000	4%	$84,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30							X											$2,100,000	16%	$336,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30							X											$2,100,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30							X											$2,100,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30							X											$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30							X											$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30							X											$2,100,000	6.96%	$146,200
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30							X											$2,100,000	4%	$84,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:39.

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1149465	
RAZON SOCIAL	BYR CONSTRUCCIONES S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 860028988	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
101239112	2025-3-3	CC 1049928570
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
GARCIA GONZALEZ	CARLOS	2005-11-12
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CLL 44A SUR # 5-42 ESTE	SAN CRISTOBAL	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	carlosgarciagonzalez209@gmail.com	2000000
Celular	**Sexo**	
3202872670	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AYUDANTE DE OBRA	$1,423,500.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-3-3	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C2307

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN 12 DÍA | MARZO | 2025 AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: 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. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GARCIA	GONZALEZ	CARLOS	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - C®dula de Ciudadan²a	1049928570	F [ ] M [✔]	F [✔] M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO
COLOMBIA	COLOMBIA	BOLÛVAR	MARIA LA BAJA	12 / NOVIEMBRE / 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06. Sin Etnia		SI [ ] NO [✔]	N/A	SI [ ] NO [✔]					

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
	$ 1.423.500			3202872670	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CL 44 # 05 - 42		carlosgarciagonzalez209@gmail.com	BOLÛVAR

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
MARIA LA BAJA		CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F M	F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BYR CONSTRUCCIONES LIMITADA	NI - N¼mero Identificaci· n Tributaria	860028988	3107811541	

59. Dirección			CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
CR 55	# 152	- 68	dianasandoval.byr@gmail.com	CUNDINAMARCA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. 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. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [✔] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GARCIA	GONZALEZ	CARLOS	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - C®dula de Ciudadan²a	1049928570	F [ ] M [✔]	F [✔] M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO				65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO		
12	11	2005			03	03	25		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — CARLOS GARCIA

81. El empleador, aportante independiente de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total 0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio [ ] — Código del departamento [ ] — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA

Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (x) INDEPENDIENTE ( )

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento: CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 1049928570

Fecha de Expedición: 09 10 2024 | Municipio Expedición: MARIA LA BAJA- | Departamento Expedición: BOLIVAR | Sexo: M (X) F ( )

Primer nombre: CARLOS | Segundo nombre:

Primer apellido: GARCIA | Segundo apellido: GONZALEZ

Fecha nacimiento: 12 11 2005 | Municipio nacimiento: MARIA LA BAJA | Departamento nacimiento: BOLIVAR | Nacionalidad: COLOMBIANO

Dirección de residencia: Calle 44a sur # 5-42 este | Barrio / vereda de residencia: La Victoria

Municipio de residencia: Bogotá d.c | Departamento de residencia: Cundinamarca

Teléfono de residencia: | Celular: 3202872670 | Salario integral: Sí ( ) No (x)

Ocupación u oficio: EMPLEADO | Ingreso mensual $: 1.423.500 | Es empleador: Sí ( ) No (X)

Correo electrónico: CARLOSGARCIAGONZALEZ209@GMAIL.COM | Alto riesgo: Sí ( ) No ( )

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Sí ( ) No (X)

Dirección de ubicación laboral: CLL 90 # 58-06 | Barrio/ vereda de ubicación laboral: RIO NEGRO

Municipio de ubicación laboral: BOGOTA DC | Departamento de ubicación laboral: CUNDINAMARCA | Teléfono laboral: 2181754

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT (X) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 860028988 | DV: 3 | Código CIIU: 4290

Naturaleza: Pública ( ) Privada (X) | Razón social o nombre: BYR CONSTRUCCIONES SAS

Dirección: CRA 55 # 152B-68 OF 503 | Municipio: BOGOTA DC

Barrio / vereda: MAZUREN | Departamento: CUNDINAMARCA | Sucursal: PRINCIPAL

Teléfono: 2181754 | Celular: 3007427221 | Ocupación u oficio: AYUDANTE DE OBRA/BOAL/AUX TRAFICO

Correo electrónico: GESTIONHUMANABYR2022@GMAIL.COM

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día DD Mes MM Año AAAA

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

2 Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día DD Mes MM Año AAAA

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo: M ( ) F ( ) T ( ) NB ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD: Vinculación inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) | Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público: Si ( ) No ( ) | Subsidiado: Si ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique: | Entidad Actual: | Entidad a donde desea trasladarse:

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: Si ( ) No (X) ¿Cuál? | Tarifa con la que debe cotizar: %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, busqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Sí (X) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Sí (X) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Sí (X) No ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a _____para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	DIANA A. SANDOVAL CRISTANCHO NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 2017153646-012-000 DEL 23-04-2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 20/10/2023_01185

"Ven por tu FUTURO"

Formulario De Afiliación Al Sistema General De Pensiones

ESTE FORMULARIO NO TIENE NINGÚN COSTO

Señor ciudadano bienvenido a COLPENSIONES. Para registrar su afiliación al Sistema General de Pensiones proceda a diligenciar este formulario, el cual no requiere anexos para su presentación. Diligencie el formulario en letra mayúscula e imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros.

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

IMPORTANTE: CAMPOS DE USO EXCLUSIVO DE COLPENSIONES

- **Regional:** Hace referencia a la regional donde corresponde la afiliación.
- **Oficina:** Punto de atención donde corresponde la afiliación.
- **Ejecutivo comercial:** Funcionario de COLPENSIONES encargado de realizar la gestión comercial ante los empleadores y terceros.
- **Doc. Ejecutivo comercial:** Hace referencia al documento de identidad del Ejecutivo comercial.

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

CAMPOS A DILIGENCIAR POR EL SOLICITANTE:

- Llene la casilla de acuerdo a la modalidad que pertenece, Trabajador Dependiente o Trabajador Independiente.
- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, CD Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, Otro: Otros tipos de documentos de identidad vigentes.
- **Nº documento:** Escriba el número de idenficación completo.
- **Fecha de Expedición del documento de identidad:** Escriba la fecha de expedición de su documento según el orden establecido en las casillas DD-MM-AAAA.
- **Municipio de Expedición:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio de expedición de su documento de identidad.
- **Departamento de Expedición:** Escriba el nombre del departamento de expedición de su documento de identidad.
- **Sexo:** Diligencie la casilla correspondiente: M: Masculino, F: Femenino.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas DD-MM-AAAA.
- M**unicipio de nacimiento:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio de nacimiento.
- **Departamento de nacimiento:** Escriba el nombre del departamento de nacimiento.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección de residencia:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- **Barrio / vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
- **Teléfono de residencia:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Salario integral:** Indique sí o no el ingreso percibido corresponde a un salario integral.
- **Ocupación u oficio:** Escriba la ocupación u oficio que desempeña.
- **Ingreso mensual $:** Escriba su ingreso mensual sin puntos, comas, ni decimales.
- **Es empleador:** Llene la casilla si tiene o no empleados a su cargo.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **Alto Riesgo:** Indique si la actividad que desarrolla está catalogada como de alto riesgo.
- **AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensaje móvil):** Indique si autoriza a COLPENSIONES para que se le envíe información a través del correo electrónico, marcando Sí o No según corresponda.
- **Dirección de ubicación laboral:** Escriba la dirección laboral.
- **Barrio / vereda de ubicación laboral:** Escriba el barrio / vereda donde labora.
- **Municipio de ubicación laboral:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde labora.
- **Departamento de ubicación laboral:** Escriba el nombre del departamento donde labora.
- **Teléfono laboral:** Escriba en esta casilla el número telefónico donde labora incluyendo los 3 números del indicativo departamental.

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Se diligencia si la persona es dependiente.

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponde así: NIT si es Número Identificación Tributaria, CC si es cédula de ciudadanía, CD Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, Otro: Otros tipos de documentos de identidad vigentes.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.
- **DV:** Si el tipo de documento es NIT digite el número del dígito de verificación.
- **Código CIIU:** Este campo debe ser registrado por el empleador ingresando el código de clasificación de la actividad económica que realiza el empleador o agremiación de acuerdo con su RUT (Registro único tributario).
- **Naturaleza:** Llene la casilla según corresponda, si la empresa es Pública o Privada.
- **Razón social o nombre:** Escriba la razón social o nombre del empleador. Si es trabajador independiente y la afiliación se tramita por intermedio de una entidad agrupadora o gremio indique el nombre o razón social de la entidad. Si es en forma individual deje en blanco.
- **Dirección:** Escriba la dirección donde desarrolla las actividades su empleador o entidad agrupadora.
- **Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Barrio/Vereda:** Indique el barrio o vereda en el cual el empleador o entidad agrupadora desarrolla sus actividades.
- **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Sucursal:** Consulte con su empleador el código de la sucursal.
- **Teléfono:** Escriba el número telefónico del sitio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora incluyendo los 3 dígitos del indicativo departamental.
- **Celular:** registre el número de celular de contacto con el empleador o entidad agrupadora.
- **Ocupación u oficio:** Indique la ocupación u oficio que desempeña el trabajador.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico de contacto con el empleador o entidad agrupadora.

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Relacione los miembros del núcleo familiar con derecho, teniendo cuidado de diligenciar todas las casillas así:

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte o RC si es un registro civil para menores de 7 años, Otro: Otros tipos de documentos de identidad vigentes.
- **Nº documento:** Escriba el número de idenficación completo del beneficiario.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas día, mes, año, de acuerdo con el documento de identidad del beneficiario.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia del beneficiario en forma completa.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside el beneficiario.
- **Barrio/vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside el beneficiario.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside el beneficiario.
- **Sexo:** Diligencie la casilla correspondiente: M: Masculino, F: Femenino.
- **Teléfono:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **Parentesco:** Llene la casilla así: 1 cónyuge, 2 compañero permanente, 3 padres, 4 hijos, 5 hijos inválidos y 6 hermanos inválidos.

Repita el anterior ejercicio por cada uno de sus beneficiarios, si son mas de 2 por favor diligencie otro formulario.

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

- **Tipo novedad:** Llene la casilla según se trate:
- **Vinculación inicial:** Se debe marcar solo si es por primera vez que se afilia al Sistema General de Pensiones y ha seleccionado al Régimen de Prima Media con Prestación Definida.
- **Traslado de régimen:** Se debe marcar si se está trasladando de una Administradora de Fondo de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (COLPENSIONES) y se podrá efectuar cuando hayan transcurrido por lo menos cinco (5) años de afiliación a la Administradora anterior.
- **Traslado de entidad diferente:** Se debe marcar si se está trasladando de otra Administradora de Régimen de Prima Media con Prestación Definida u otra entidad diferente a la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Ejemplo: (Fonprecon - Caxdac -Pensiones de Antioquia).
- **Traslado por Pensión Familiar:** Se debe marcar si quiere adquirir Pensión Familiar en Colpensiones y se está trasladando de una Administradora de Fondo de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen de Prima Media con Prestación Definida. Se podrá efectuar siempre y cuando cumpla los requisitos para adquirir Pensión Familiar.
- **Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público:** Llene la casilla SI o NO según corresponda.
- **Subsidiado:** Llene la casilla según corresponda y haya tramitado una vinculación a través del consorcio FIDUAGRARIA.
- **Si marcó Traslado indique: Entidad Actual:** Escriba el nombre de la Administradora de Pensiones anterior. **Entidad donde desea Trasladarse:** Escriba la Administradora de Pensiones a la cual quiere trasladarse.
- **El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones:** Llene la casilla según corresponda, la ubicación del trabajador en actividades de alto riesgo de empresa privada u oficial.
- **¿Cuál?:** Escriba el régimen especial de pensiones al cual pertenece.
- **Tarifa con la que debe cotizar:** Escriba el porcentaje que debe liquidar de aporte al régimen especial en pensiones.

- **AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN** del Sistema General de Seguridad Social administrados por COLPENSIONES Indique SI o NO según corresponda.
- **AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN:** Indique SI o NO según corresponda.
- La información obtenida solo será usada para efectos propios de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**: Indique SI o NO según corresponda.

V. FIRMAS

- Hago constar que la selección de Régimen (Escriba el régimen al cual se quiere trasladar) la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a (Escriba la administradora a la cual se quiere trasladar) para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.
- **Firma del afiliado o solicitante:** Proceda a firmar su solicitud de afiliación en pensiones, con el cual garantiza acogerse a los beneficios del Régimen de Prima Media con Prestación Definida administrada por COLPENSIONES.
- **Huella del afiliado:** Registre la huella de su índice derecho esto evitará suplantación al momento del reconocimiento de la contraprestación económica a la que tenga derecho.
- **Nombre, apellidos del representante legal o persona autorizada:** Ingrese los nombres y apellidos del representante legal del empleador.
- **Firma del representante legal o persona autorizada:** Señor empleador proceda a firmar la solicitud de afiliación en pensiones.

NOTAS FINALES: Recibirá una copia de su afiliación y otra copia será entregada a su empleador. Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones, contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado. Cualquier consulta adicional con gusto lo atenderemos en nuestros canales: Puntos de atención, Call center y página web desde cualquier lugar del país sin costo alguno.

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1149465	
RAZON SOCIAL	BYR CONSTRUCCIONES S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 860028988	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
101269873	2025-3-5	CC 1049942556
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
GONZALEZ ALCAZAR	DELIA ROSA	1996-4-5
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CRA 120C # 127-73	SUBA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	DELIAROSAGONZALEZ21@GMAIL.COM	2000000
Celular	**Sexo**	
3105988884	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AYUDANTE BOAL AUX TRAFICO	$1,423,500.00	Asociacion Mutual SER ESS Contributivo
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-3-5	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

EPS Sanitas
Nosotros cuidamos de ti contigo
NIT. 800.251.440-5

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

186311857

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	alcazar	Delia	Rosa.

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1049942556	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	COL

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		
Colombia.				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		1423500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Carrera 120C # 127-73	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3105988884	deliarosagonzalez21@gmail.com.

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Bolivar	Cartagena.		Cabecera Municipal Rural Disperso X 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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
País	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 de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A-AFILIACIÓN

100264458 Sku:23572 NIT 900156826-1
OFIX SUMINISTROS Y OFICINAS SAS

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1	Cartagena.	
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)
B y R Construcciones	NIT	860089988	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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
- [ ] 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
- [x] 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
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Mutual Ser	05/03/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones 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 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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 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

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 cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Delia Tapia	Diana Sandoval

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación del niño.

Total Anexos

CUANDO PASA LA VERIFICACIÓN POR LA EPS

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento)	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

NIT: 900865317 ASOINGER

OBSERVACIONES:

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

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

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

8. REPORTE DE NOVEDADES

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:

DELIA ROSA GONZALEZ ALCAZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.942.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1063591	
RAZON SOCIAL	CONSTRUCTORA SAGESA LIMITADA	
IDENTIFICACION:	NI 900193673	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
101293477	2025-3-6	CC 1043844769
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
PEREZ MURILLO	ANGEL EMILIO	1991-11-1
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
TRANSV 18N BIS # 69R-45 SUR	TUNAL	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	sincorreo@gmail.com	2000000
Celular	**Sexo**	
3177351093	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AYUDANTE BOAL AUX TRAFICO	$1,423,500.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	OPERATIVO OBRA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-3-6	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C2307

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN 07 DÍA | MARZO | 2025 AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: 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. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEREZ	MURILLO	ANGEL	EMILIO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - C®dula de Ciudadan²a	1043844769	F [ ] M [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO			
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO	
COLOMBIA	COLOMVIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	01	NOVIEMBRE	1991	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06. Sin Etnia		SI [ ] NO [✔]	N/A	SI [ ] NO [✔]					

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
	$ 1.423.500			3177351093	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CR 18 # 70 - 14		ap6366071@gmail.com	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA		CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD																
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA SAGESA LTDA	NI - N¼mero Identificaci· n Tributaria	900193673	8039117	DEPENDIENTE

59. Dirección						
CR 55	# 152	- 68	CONSTRUCTORASAGESA@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	BOGOTA	
				DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. 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. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [✔] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEREZ	MURILLO	ANGEL	EMILIO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - C®dula de Ciudadan²a	1043844769	F [ ] M [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO			65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO		
01	11	1991		06	03	25		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

ANGEL PEREZ

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante [illegible] de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total 0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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:

ANGEL EMILIO PEREZ MURILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.844.769**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSTRUCTORA SAGESA LIMITADA identificado(a) con NI 900193673 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS FERNANDO YOPASA PARADA identificado(a) con CC 79155073

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$2,130,000	4%	$85,200
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$2,130,000	16%	$340,800
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$2,130,000		$0
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$2,130,000		$0
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$2,130,000	6.96%	$148,300
9483416675	1362247010	E	2025-03-26	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$2,130,000	4%	$85,200

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:54.

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1063591	
RAZON SOCIAL	CONSTRUCTORA SAGESA LIMITADA	
IDENTIFICACION:	NI 900193673	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
101317677	2025-3-10	CC 1018496728
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CRISTANCHO MICAN	DAYRO ANTHONY VAN	1997-7-30
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CLL 183# 11-55	SUBA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	anthony-van@hotmail.com	2000000
Celular	**Sexo**	
3218296992	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
CONDUCTOR	$1,600,000.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	OPERATIVO OBRA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-3-10	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C2307

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN 10 DÍA | MARZO | 2025 AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [✔]	A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VAN CRISTANCHO	MICAN	DAYRO	ANTHONY

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - C®dula de Ciudadan²a	1018496728	F [ ] M [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	30	JULIO	1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06. Sin Etnia		SI [ ] NO [✔]	N/A	SI [ ] NO [✔]					

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
	$ 1.600.000			3218296992	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CL 183 # 11 - 55		anthony-van@hotmail.com	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA		CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD																
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA SAGESA LTDA	NI - N¼mero Identificaci· n Tributaria	900193673	8039117	DEPENDIENTE

59. Dirección						
CR 55	# 152	- 68	CONSTRUCTORASAGESA@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	BOGOTA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	[ ]	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	[✔]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	[ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	[ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	[ ]	11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	[ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	[ ]	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:	[ ]	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:	[ ]	14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	[✔]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	[ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]	15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN	[ ]
		B) DIFERENTE RÉGIMEN	[ ]
		16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	[ ]
		17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	[ ]
		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	[ ]
		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	[ ]
		20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	[ ]
		21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	[ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CRISTANCHO	MICAN	DAYRO	ANTHONY VAN

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - C®dula de Ciudadan²a	1018496728	F [ ] M [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO			65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO		
30	07	1997		10	03	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.	[ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad	[ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	[ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).	[ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	[ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	[ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: DAYRO CRISTANCHO

81. El empleador, aportante [illegible] de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Total 0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	[ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	[ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	[ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	[ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	[ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	[ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016	[ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	[ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	[ ]

Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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:

DAYRO ANTHONY VAN CRISTANCHO MICAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.496.728**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004056

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	03/03/2025 17:03:49

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	860028988	BYR CONSTRUCCIONES S.A.S	KR 55 152 B 68 OF 503	1149465

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Preparación del terreno, incluye la preparación del terreno para posteriores actividades, explotación de minas y canteras, drenaje de terrenos de construcción y de tierras agrícolas o foresta (Decreto 768 de 2022)	5431202	5

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 55 NO 152 B 68 OF 503	BOGOTA, D.C.	Bogota D. C.

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1075021983	MENA	PALACIOS

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
BREINER DANIEL	11/4/1994	CLL 38 B SUR # 2 C 24

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
BOGOTA, D.C.	0	3223387618	dmeno2048@gmail.com	M

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
bosa	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Salud Total S.A. E.P.S.	2	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	4/3/2025	1450000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	4/3/2025	2/4/2025	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:03:49. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004056

0	1450000	1423500	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Construcción de otras obras de ingenierí (Decreto 768 de 2022)	4429001	4

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:03:49. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004056

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:03:49. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014323798	0|5|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **A.** Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** Colectiva ☐ **C.** Institucional ☐ **D.** De oficio ☐

3.Regimen — **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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENA	PALACIOS	BREINER	DANIEL

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1075021983	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	CHOCO	ALTO BAUDO		1|1|0|4|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 57 A 100 01		3223387618	DMENA2048@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB VILLANUEVA - SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA	VSVILLANUE - SOMERODON
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA	CC	1077434177	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 13 40 C 24 SUR	3007427221	JAPYMOSQUERA@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014323798

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|4|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS



80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

X.ANEXOS

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

Cantidad:										Total:
			1							1

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BREINER DANIEL MENA PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.021.983**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004316

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	03/03/2025 17:24:16

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	860028988	BYR CONSTRUCCIONES S.A.S	KR 55 152 B 68 OF 503	1149465

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Preparación del terreno, incluye la preparación del terreno para posteriores actividades, explotación de minas y canteras, drenaje de terrenos de construcción y de tierras agrícolas o foresta (Decreto 768 de 2022)	5431202	5

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 55 NO 152 B 68 OF 503	BOGOTA, D.C.	Bogota D. C.

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1113515872	MONTAÑO	CAMACHO

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JUAN ANDRES	6/7/1986	cr 12 09 09

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
BOGOTA, D.C.	0	3137683067	montanojuanandres03@gmail.com	M

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
bosa	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Famisanar Ltda.	94	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	4/3/2025	1450000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	4/3/2025	2/4/2025	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:24:16. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004316

0	1450000	1423500	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Construcción de otras obras de ingenierí (Decreto 768 de 2022)	4429001	4

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:24:16. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004316

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:24:16. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9011851508

9011851508

No. de Radicación: 29000900

Fecha de Radicación: 04 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MONTAÑO	Segundo Apellido: CAMACHO	Primer Nombre: JUAN	Segundo Nombre: ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1113515872	Femenino [ ] Masculino [X]	D 06 D M 07 M A 1986 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	CARRERA 19 B 68 58 CASA (Dirección)		7158883 (Teléfono fijo)	(Teléfono celular)
juanandresmontao2009@hotmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio / Distrito)	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	(Localidad / Comuna)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHON JAMES MOSQUERA C	CC	1077434177	

39. Ubicación				
CR 15 36A 90 S (Dirección)	32152977 (Teléfono)	(Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 04 D M 03 M A 2025 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

VIGILADO Supersalud

PONTYSOC S.A. NIT. 860.815.402 - 8 TEL. (1)324 88 88

07/2016

INTERNET

Fui

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011851508
9011851508

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

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JUAN ANDRES MONTAÑO CAMACHO
Identificación: CC 1113515872

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JUAN ANDRES MONTAÑO CAMACHO
Identificación: CC 1113515872

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

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:

JUAN ANDRES MONTANO CAMACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.113.515.872**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004326

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	03/03/2025 17:29:29

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	860028988	BYR CONSTRUCCIONES S.A.S	KR 55 152 B 68 OF 503	1149465

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Preparación del terreno, incluye la preparación del terreno para posteriores actividades, explotación de minas y canteras, drenaje de terrenos de construcción y de tierras agrícolas o foresta (Decreto 768 de 2022)	5431202	5

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 55 NO 152 B 68 OF 503	BOGOTA, D.C.	Bogota D. C.

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1080833567	ANGULO	ANGULO

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JUNIOR MAURICIO	14/7/1998	SIN DIRECCION

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
BOGOTA, D.C.	0	3215297704	juniormauriangeulo0@gmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
bosa	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Famisanar Ltda.	94	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	4/3/2025	1450000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	4/3/2025	2/4/2025	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:29:29. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004326

0	1450000	1423500	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Construcción de otras obras de ingenierí (Decreto 768 de 2022)	4429001	4

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:29:29. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302004326

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/03/2025 17:29:29. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011851553
9011851553

No. de Radicación: 29000959

Fecha de Radicación: 04 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ANGULO	Segundo Apellido: ANGULO	Primer Nombre: JUNIOR	Segundo Nombre: MAURICIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1080833567	Femenino [ ] Masculino [X]	D 14 D M 07 M A A 1998 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHON JAMES MOSQUERA C	CC	1077434177	

39. Ubicación				
CR 15 36A 90 S	32152977		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 04 D M 03 M A 2025 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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:

JUNIOR MAURICIO ANGULO ANGULO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.080.833.567**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19308485	SALAMANCA GALAN JUAN JOSE	07/03/2025		23516712	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 06/03/2025 22:20:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011867316
9011867316

No. de Radicación: 29026475

Fecha de Radicación: 10 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	SALAMANCA	GALAN	JUAN	JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19308485	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 07 02 1955

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NGC OBRAS CIVILES SAS	NT	901772645	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 47 A N 96 41	31123210		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		06 03 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: INSPECTOR DE OBRAS
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN JOSE SALAMANCA GALAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19308485,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1013605284	RODRIGUEZ DIAZ CHRISTIAN FERNANDO	07/03/2025		1969222L	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 06/03/2025 21:01:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014339644	0|7|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	DIAZ	CHRISTIAN	FERNANDO

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1013605284	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	1|9|0|3|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 33 35 29 ESTE		3017299281	ISABELLAYALISON32@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS		VSSOACHA - VSSOACHA
B	-		-
B	-		-
B	-		-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
NGC OBRAS CIVILES SAS	NIT	901772645	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 47 A 96 41 OF 606	3112221036	NGOBRASCIVILESSAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014339644

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Christian Rodriguez	Manuela Gomez

X.ANEXOS

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

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

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CHRISTIAN FERNANDO RODRIGUEZ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.605.284**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 06 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de NGC OBRAS CIVILES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1024561847	ACOSTA GUERRERO SERGIO ENRIQUE	07/03/2025		17632132	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C463778472506578999

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 06/03/2025 21:56:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014339722	0|7|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ACOSTA Primer apellido	GUERRERO Segundo apellido	SERGIO Primer nombre	ENRIQUE Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1024561847	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			2|7|0|3|1|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
			Si ☐ No ☒				
6		Categoria Discapacidad		SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 49 C 181 05 SUR		3113482465	S309208@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOACHA TERREROS	VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B	-		-
B	-		-
B	-		-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
NGC OBRAS CIVILES SAS	NIT	901772645	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 47 A 96 41 OF 606	3113482465	NGOBRASCIVILESSAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014339722

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Sergio Acosta	Manuela Gomez

X.ANEXOS

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

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

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SERGIO ENRIQUE ACOSTA GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.561.847**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80246361	TINJACA NIÑO EDUARD	07/03/2025		q39KR174	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 06/03/2025 19:57:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014339594	0|7|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TINJACA	NIÑO	EDUARD	

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	80246361	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	1|2|0|6|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 91 C 12 86 SUR		3112221036	NGCOBRASCIVILESSAS@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	PUENTE ARANDA	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

35. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
NGC OBRAS CIVILES SAS	NIT	901772645	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 47 A 96 41 OF 606	3112221036	NGOBRASCIVILESSAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014339594

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Eduard Tinjaca	Manuela Gomez

X.ANEXOS

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

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

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDUARD TINJACA NIÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80246361,** se encuentra afiliado/a desde **15/02/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

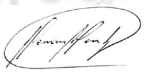
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de NGC OBRAS CIVILES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1030606572	SALAMANCA VERGARA JEISSON ENEYER	07/03/2025		17534128	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 06/03/2025 22:12:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014339807	0|7|0|3|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
SALAMANCA Primer apellido	VERGARA Segundo apellido	JEISSON Primer nombre	ENEYER Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1030606572	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		2|3|0|1|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 47 A SUR 77W 45		3202175519	JEISSON.E.V10@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	TEUSAQUILLO	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
NGC OBRAS CIVILES SAS	NIT	901772645	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 47 A 96 41 OF 606	3112221036	NGOBRASCIVILESSAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014339807

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Jeisson E Salamanca	Manuela Gomez

X. ANEXOS

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

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

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEISSON ENEYER SALAMANCA VERGARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.606.572**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

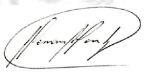
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de NGC OBRAS CIVILES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000160073	ESPITIA MUÑOZ JOHAN CAMILO	07/03/2025		38132m02	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 06/03/2025 20:30:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos: Jhoan | Camilo | Espitia | Muñoz
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1000160073
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 19 06 2002.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500
18. Residencia: Calle 69c sur 1863 | 3025562925 | sjoa2088@gmail.com
Bogota | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | ciudad Bolivar, Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

24. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia: Municipio	Zona: Urbana	Rural	33. Valor de la UPC de afiliado adicional
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de cotizante (dependiente o pensionado)
NGC Obras civiles sas	NIT	901772645	Dependiente

39. Dirección		Municipio	Departamento
Cra 47A 96 41	318 2721056	ngcobrascivilessas@gmail.com	Bogotá	Bogotá

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

capitalsalud
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Jhoan	Camilo	Espitia	Moñoz

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[RC]	1000760073	Femenino [ ] Masculino [ ]	19062002	06032025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Copia documento de identidad.

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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

Powered by CamScanner

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:

JOHAN CAMILO ESPITIA MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.160.073**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000332181	MARTIN SALAS CARLOS ANDRES	07/03/2025		19217719	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 06/03/2025 20:43:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Buscar... 1 de 1 100%

Informe principal

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5268570**

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901772645 NGC OBRAS CIVILES SAS
Afiliado	CC 1000332181 CARLOS ANDRES MARTIN SALAS
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CRA 47 A 96 41 OF 606
Fecha de ingreso	06/03/2025
Fecha de radicación	07/03/2025 09:38:39 a.m.
Código de Transacción	194953862

Resultado del Reingreso 1

Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es04/2025

Fecha de generación 07/03/2025

1

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:

CARLOS ANDRES MARTIN SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.332.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 06 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024463753	MARTIN SALAS RAUL EDUARDO	07/03/2025		18817512	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 06/03/2025 21:13:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5268762**

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901772645 NGC OBRAS CIVILES SAS
Afiliado	CC 1024463753 RAUL EDUARDO MARTIN SALAS
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CRA 47 A 96 41 OF 606
Fecha de ingreso	06/03/2025
Fecha de radicación	07/03/2025 09:53:39 a.m.
Código de Transacción	194958504

Resultado del Reingreso 1

Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es04/2025

Fecha de generación 07/03/2025

1

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RAUL EDUARDO MARTIN SALAS identificado(a) con C.C No. 1.024.463.753 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 09 de septiembre de 2005 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 100% en el FONDO MODERADO desde el día 30 de noviembre de 0002,. y el 100% de sus aportes en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 05 de marzo de 2019 . Sus saldos valorizados al día 26 de febrero de 2025 equivalen a:

FONDO	SALDO
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS MODERADO	$ 6.732.215,51
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS MAYOR RIESGO	$ 7.751.649,97
SALDO TOTAL	**$ 14.483.865,48**

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de febrero de 2025.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital 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 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 07 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000003 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C79711639	CONTRERAS WILSON GUSTAVO	08/03/2025		177²1417	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 07/03/2025 15:51:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.83.73, 198.143.41.31, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011867264
9011867264

No. de Radicación: 29026399

Fecha de Radicación: 10 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CONTRERAS		WILSON	GUSTAVO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79711639	Femenino [ ] Masculino [X]	D 07 D M 12 M A 1973 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.423.500			

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NGC OBRAS CIVILES SAS	NT	901772645	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 47 A N 96 41	31123210		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 07 D M 03 M A 2025 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERADOR DE MAQUINARIA AGRICOLA
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON GUSTAVO CONTRERAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79711639,** se encuentra afiliado/a desde **25/11/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000003 OBRA			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C82392107	FERNANDEZ CASTAÑEDA MANUEL VICENTE	09/03/2025		4138200e	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 08/03/2025 18:18:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.92, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/03/2025, el empleador ngc obras civiles identificado con NIT número 901772645 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8484613	08/03/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	82392107	MANUELVICENTE FERNANDEZ CASTAÑEDA	1423500	OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS	2025-03-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Marzo del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ CASTAÑEDA MANUEL VICENTE** identificado(a) con **CC** número **82.392.107** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2001 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 MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025030818061

aportes en línea

Certificado de aportes

Se certifica que PAVICONCRETOS SAS PAVIMENTOS INGENIERIA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificado con NI 900076978 realizó el pago de los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales para CRISTIAN ALEXANDER BELEÑO NARVAEZ identificado con CC 1003711823:

Datos de las Liquidaciones Pagadas

Liquidación				Pago	
Periodo Pensión	Periodo Salud	Tipo Planilla	Clave	No. Transacción	Fecha de pago
2025/01	2025/02	E	9481840945	1280003075	2025/02/20

Aportes Sistema de Seguridad Social

Liquidación		AFP						EPS				ARL			
Periodo Pensión	Tipo Planilla	Administradora	Días	IBC	FS	FSP	Aporte	Administradora	Días	IBC	Aporte	Administradora	Días	IBC	Aporte
2025/01	E	PORVENIR	10	$474,500	$0	$0	$76,000	FAMISANAR	10	$474,500	$19,000	ARL SURA	10	$474,500	$33,100

Aportes Parafiscales

Liquidación		CCF				Otros parafiscales	ICBF		SENA		ESAP		MEN	
Periodo Pensión	Tipo Planilla	Administradora	Días	IBC	Aporte	IBC	Tarifa	Aporte	Tarifa	Aporte	Tarifa	Aporte	Tarifa	Aporte
2025/01	E	COMPENSAR	10	$474,500	$19,000	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0

Novedades

Liquidación		Novedades														
Periodo Pensión	Tipo Planilla	ING	RET	TAE	TDE	TAP	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	IRL	VCT
2025/01	E	X														

Certificado generado el 2025-02-20 a las 13:03

aportes en línea

Certificado de aportes

Se certifica que PAVICONCRETOS SAS PAVIMENTOS INGENIERIA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificado con NI 900076978 realizó el pago de los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales para HERNAN MORENO DUARTE identificado con CC 80394444:

Datos de las Liquidaciones Pagadas

Liquidación				Pago	
Periodo Pensión	Periodo Salud	Tipo Planilla	Clave	No. Transacción	Fecha de pago
2025/01	2025/02	E	9481840945	1280003075	2025/02/20

Aportes Sistema de Seguridad Social

Liquidación		AFP						EPS				ARL			
Periodo Pensión	Tipo Planilla	Administradora	Días	IBC	FS	FSP	Aporte	Administradora	Días	IBC	Aporte	Administradora	Días	IBC	Aporte
2025/01	E	PROTECCION	24	$1,138,800	$0	$0	$182,300	SALUD TOTAL	24	$1,138,800	$45,600	ARL SURA	24	$1,138,800	$79,300
2025/01	E	PROTECCION	6	$284,700	$0	$0	$45,600	SALUD TOTAL	6	$284,700	$11,400	ARL SURA	6	$284,700	$0

Aportes Parafiscales

Liquidación		CCF				Otros parafiscales	ICBF		SENA		ESAP		MEN	
Periodo Pensión	Tipo Planilla	Administradora	Días	IBC	Aporte	IBC	Tarifa	Aporte	Tarifa	Aporte	Tarifa	Aporte	Tarifa	Aporte
2025/01	E	COMPENSAR	24	$1,138,800	$45,600	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0
2025/01	E	COMPENSAR	6	$284,700	$11,400	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0

Novedades

Liquidación		Novedades														
Periodo Pensión	Tipo Planilla	ING	RET	TAE	TDE	TAP	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	IRL	VCT
2025/01	E							X					X			

Certificado generado el 2025-02-20 a las 13:03

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JULIETTH JACZBLADY COY GONZALEZ identificado(a) con CC 1054093355

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$4,000,000	4%	$160,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$4,000,000	16%	$640,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$4,000,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$4,000,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$4,000,000	6.96%	$278,400
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$4,000,000	4%	$160,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:33.

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN ALBERTO RINCON CARRILLO identificado(a) con CC 79758991

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30	X																	$4,000,000	4%	$160,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30	X																	$4,000,000	16%	$640,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30	X																	$4,000,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30	X																	$4,000,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30	X																	$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30	X																	$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30	X																	$4,000,000	6.96%	$278,400
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30	X																	$4,000,000	4%	$160,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:35.

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YURANI MIREYA PARRA MORA identificado(a) con CC 52749710

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$3,700,000	4%	$148,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$3,700,000	16%	$592,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$3,700,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$3,700,000		$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																		$0	0%	$0
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$3,700,000	6.96%	$257,600
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$3,700,000	4%	$148,000

Este certificado se expide el día 2025-03-26 a las 10:37.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	AK 30 X CL 144	3204042691	camuing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/02/2025	84204778	$954.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	411.300	0		0		0	0	0	0	411.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	526.400	0	0	0	0	0	0		526.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.200				17.200	0	0	17.200			172	17.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	411.300	411.300
Pensión	1	526.400	526.400
Riesgos Laborales	1	17.200	17.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	954.900	954.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON		AK 30 X CL 144	3204042691	camuing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/02/2025	84204778	$954.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049622088	MUÑOZ LEON CARLOS ANDRES	59	0			N																	230301	3.290.000	526.400	0	0	0	0	EPS008	3.290.000	411.300	14-23	3.290.000	1	17.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que BYR CONSTRUCCIONES S.A.S identificado(a) con NI 860028988 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS ALEJANDRO SUAREZ identificado(a) con CC 74333282

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,800,000	4%	$72,000
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$1,800,000	6.96%	$125,300
9483417278	1362090003	E	2025-03-26	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$1,800,000	4%	$72,000

Este certificado se expide el día 2025-04-14 a las 04:29.

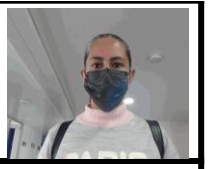
MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 53091284

Fecha: 24-agosto-2024 9:46 am
Impresión: 30-septiembre-2024 5:16 pm



Paciente: **SANDOVAL CRISTANCHO DIANA ALEXANDRA**
Doc.Iden.: **CC53091284** Edad: 40 Años Sexo: F
Entidad: **CONSTRUCTORA SAGESA LTDA.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: COMPENSAR E.P.S.
Admin.Riesgos COLMENA SEGUROS S.A.
Estrato: 4
Cargo: INSPECTORA SSTMA
Teléfono: 3107811541 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension PROTECCION

Tipo Evaluación: PERIODICO

Se certifica que SANDOVAL CRISTANCHO DIANA ALEXANDRA identificada con documento de identidad CC 53091284, quien desempeña el cargo de INSPECTORA SSTMA, fue valorada en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto:

CONCEPTO DE APTITUD

Calificación de Aptitud:

Apto para trabajo en alturas segun informacion clinica y paraclinica disponible

RESTRICCIONES:

Ninguna

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

HABITOS SALUDABLES

Médico-Laborales:

USO DE EPP, ERGONOMIA,PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA

PRUEBAS PARACLINICAS

AUDIOMETRIA-VISIOMETRIA NORMALES
GLICEMIA Y COLESTEROL TOTAL NORMALES

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

SANDOVAL CRISTANCHO DIANA ALEXANDRA
CC53091284

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 66844179

Fecha: 15-febrero-2025 11:07 am
Impresión: 17-febrero-2025 3:16 pm



Paciente: **FLOREZ BENAVIDES OLGA ROSA**
Doc.Iden.: **CC66844179** Edad: 52 Años Sexo: F
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CRA 5 C 130 49
Adm. Salud: ALIANSALUD EPS
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 3
Cargo: AUXILIAR
Teléfono: 3188831804 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension COLPENSIONES

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que FLOREZ BENAVIDES OLGA ROSA identificada con documento de identidad CC 66844179 fue valorada en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AUXILIAR:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Control rutinario anual por optometría en EPS.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.
Audiometría periódica.
Uso de medias para la varice según precripción médica de EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Pausas activas en miembros inferiores durante la jornada laboral.

PRUEBAS PARACLINICAS
Audiometría: anormal.
Medición de la agudeza visual: agudeza visual normal bilateral con corrección optica.
Énfasis osteomuscular: normal.

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

FLOREZ BENAVIDES OLGA ROSA
CC66844179

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1069730228

Fecha: 03-agosto-2024 8:51 am
Impresión: 27-marzo-2025 9:00 am



Paciente: **BAQUERO GUZMAN CARLOS ANDRES**
Doc.Iden.: **CC1069730228** Edad: 34 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CL 6 79 D 71
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS S.A.
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 3
Cargo: INSPECTOR SSTMA
Teléfono: 3022496668 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PERIODICO

Se certifica que BAQUERO GUZMAN CARLOS ANDRES identificado con documento de identidad CC 1069730228, quien desempeña el cargo de INSPECTOR SSTMA, fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por ortopedia en EPS.
Hábitos alimentarios saludables.
Evitar consumo en exceso de irritantes gástricos.
Mantener prácticas de higiene postural durante la actividad y durante el descanso.

Médico-Laborales:

Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Pausas activas en espalda durante la jornada laboral.
Evitar manipulación, levantamiento y transporte de carga pesadas mayores de 10 kg de manera recurrente. Para manipulación de cargas superiores se recomienda la utilización de ayudas mecánicas y/o técnicas de trabajo en equipo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	POSITIVO
890207	CONSULTA OPTOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

BAQUERO GUZMAN CARLOS ANDRES
CC1069730228

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1012465983

Fecha: 12-agosto-2024 8:58 am
Impresión: 12-agosto-2024 8:58 am



Paciente: **CAGUA MARROQUIN JUAN SEBASTIAN**
Doc.Iden.: **CC1012465983** Edad: 24 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**

Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: carrera 87 a 56c 04 sur
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS S.A.
Admin.Riesgos NINGUNO

Estrato: 2
Cargo: INSPECTOR DE OBRA
Teléfono: 3184273072 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que CAGUA MARROQUIN JUAN SEBASTIAN identificado con documento de identidad CC 1012465983 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AUXILIAR DE INGENIERIA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

Chequeos rutinarios anuales por EPS.

Médico-Laborales:

Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
890207	CONSULTA OPTOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

CAGUA MARROQUIN JUAN SEBASTIAN
CC1012465983

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1001340419

Fecha: 05-marzo-2025 8:47 am
Impresión: 05-marzo-2025 10:42 am



Paciente: **MINORTA CUELLAR YIZED ALEJANDRA**
Doc.Iden.: **CC1001340419** Edad: 24 Años Sexo: F
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CALLE 41 A 82 D 03
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS S.A.
Admin.Riesgos SURA
Estrato: 2
Cargo: INSPECTOR DE OBRA
Teléfono: 3015536423 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension COLPENSIONES

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que MINORTA CUELLAR YIZED ALEJANDRA identificada con documento de identidad CC 1001340419 fue valorada en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de INSPECTOR DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Audiometría periódica.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	ANORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): GUTIERREZ GUERRERO LAURA KATHERINE
Registro médico: 1033756583
Licencia en Salud Ocupacional: Resolución 8485 DE 9 ABRIL DE 2021

MINORTA CUELLAR YIZED ALEJANDRA
CC1001340419

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 79707449

Fecha: 05-marzo-2025 2:57 pm
Impresión: 07-marzo-2025 12:03 pm



Paciente: **HERNANDEZ QUEVEDO JOSE ARLEY**
Doc.Iden.: **CC79707449** Edad: 51 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: BYR CONSTRUCCIONES
Dirección: CLL 56 A SUR 24 60
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS S.A.
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 2
Cargo: RESIDENTE DE OBRA
Teléfono: 3118079783 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que HERNANDEZ QUEVEDO JOSE ARLEY identificado con documento de identidad CC 79707449 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de RESIDENTE DE OBRA:

RESTRICCIONES:

Tipo de Restricción	Vigencia
Para manipulación, levantamiento y transporte de cargas pesadas mayores de 20 kg de manera recurrente hasta valoración por ortopedia.	TEMPORAL

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Valoración, manejo y seguimiento por ortopedia en EPS.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.
Valoración por optometría en EPS para ajuste de formula optométrica.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.
Audiometría periódica.
Hábitos alimentarios saludables.
Evitar consumo en exceso de irritantes gástricos.
Mantener prácticas de higiene postural durante la actividad y durante el descanso.

Médico-Laborales:

Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Pausas activas en espalda durante la jornada laboral.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	ANORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	POSITIVO
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	ANORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS

Énfasis osteomuscular: positivo por antecedente.



Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

HERNANDEZ QUEVEDO JOSE ARLEY
CC79707449

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1030523797

Fecha: 05-agosto-2024 11:04 am
Impresión: 27-marzo-2025 9:01 am



Paciente: **LARROTTA BERNAL DIEGO ARMANDO**
Doc.Iden.: **CC1030523797** Edad: 38 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**

Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: COMPENSAR E.P.S.
Admin.Riesgos NINGUNO

Estrato: 3
Cargo: PERSONAL ADMINISTRATIVO
Teléfono: 3115657064 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PERIODICO

Se certifica que LARROTTA BERNAL DIEGO ARMANDO identificado con documento de identidad CC 1030523797, quien desempeña el cargo de PERSONAL ADMINISTRATIVO, fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por ortopedia en EPS.
Control rutinario anual por optometría en EPS.
Mantener prácticas de higiene postural durante la actividad y durante el descanso.

Médico-Laborales:

Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso permanente de anteojos para laborar.
Pausas activas en espalda durante la jornada laboral.

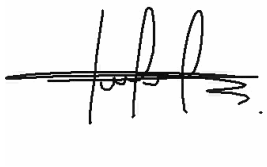
PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
890207	CONSULTA OPTOMETRIA	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
N00187	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna



Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS



LARROTTA BERNAL DIEGO ARMANDO
CC1030523797

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 79882978

Fecha: 27-febrero-2025 11:40 am
Impresión: 28-febrero-2025 2:48 pm



Paciente: **RODRIGUEZ GARAY CESAR FERNANDO**
Doc.Iden.: **CC79882978** Edad: 44 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CRA 111B # 67 80
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS S.A.
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 2
Cargo: AUXILIAR SOCIAL
Teléfono: 3178879276 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que RODRIGUEZ GARAY CESAR FERNANDO identificado con documento de identidad CC 79882978 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AUXILIAR SOCIAL :

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): GUTIERREZ GUERRERO LAURA KATHERINE
Registro médico: 1033756583
Licencia en Salud Ocupacional: Resolución 8485 DE 9 ABRIL DE 2021

RODRIGUEZ GARAY CESAR FERNANDO
CC79882978

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1073155481

Fecha: 28-febrero-2025 8:13 am
Impresión: 28-febrero-2025 2:47 pm



Paciente: **ESPINEL PEREZ JOSE FERNANDO**
Doc.Iden.: **CC1073155481** Edad: 36 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CLL 66 A 95 28
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS S.A.
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 3
Cargo: TOPOGRAFO
Teléfono: 3214638167 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que ESPINEL PEREZ JOSE FERNANDO identificado con documento de identidad CC 1073155481 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de TOPOGRAFO :

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Control rutinario anual por optometría en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso permanente de anteojos para laborar.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

ESPINEL PEREZ JOSE FERNANDO
CC1073155481

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1049942577

Fecha: 22-enero-2025 9:47 am
Impresión: 07-marzo-2025 6:17 pm



Paciente: **DIAZ GONZALEZ DIOBANIS**
Doc.Iden.: **CC1049942577** Edad: 28 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: SALUD TOTAL S.A. E.P.S.
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 1
Cargo: OFICIAL DE OBRA
Teléfono: 3105235851 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que DIAZ GONZALEZ DIOBANIS identificado con documento de identidad CC 1049942577 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de OFICIAL DE OBRA :

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.
Valoración por optometrìa en EPS para prescripción de formula optométrica.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.
Audiometría periódica.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	ANORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	ANORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

DIAZ GONZALEZ DIOBANIS
CC1049942577

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1030624126

Fecha: 26-octubre-2024 10:10 am
Impresión: 07-marzo-2025 6:15 pm



Paciente: **LASSO CUPITRA EIDER YESID**
Doc.Iden.: **CC1030624126** Edad: 31 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CRA 118 B 69 03
Adm. Salud: EPS SURA
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 1
Cargo: OPERADOR
Teléfono: 3204374650 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension COLFONDOS

Tipo Evaluación: PERIODICO

Se certifica que LASSO CUPITRA EIDER YESID identificado con documento de identidad CC 1030624126, quien desempeña el cargo de OPERADOR, fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Valoracion por ortopedia.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Permitir adoptar cambios posturales durante la jornada laboral cada 2 horas durante 5 minutos, realizando las respectivas pausas activas especialmente de columna y miembros inferiores.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	POSITIVO
890207	CONSULTA OPTOMETRIA	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

LASSO CUPITRA EIDER YESID
CC1030624126

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1049928570

Fecha: 01-marzo-2025 8:52 am
Impresión: 07-marzo-2025 12:12 pm



Paciente: **GARCIA GONZALEZ CARLOS**
Doc.Iden.: **CC1049928570** Edad: 19 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: NUEVA EPS
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 1
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Teléfono: 3202372670 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension N/D

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que GARCIA GONZALEZ CARLOS identificado con documento de identidad CC 1049928570 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AYUDANTE DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Brigitte Diaz M

Carlos Garcia

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

GARCIA GONZALEZ CARLOS
CC1049928570

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1049942556

Fecha: 05-marzo-2025 7:37 am
Impresión: 07-marzo-2025 3:12 pm



Paciente: **GONZALEZ ALCAZAR DELIA ROSA**
Doc.Iden.: **CC1049942556** Edad: 28 Años Sexo: F
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: MUTUAL SER EPS
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 3
Cargo: CONTROLADOR TRAFICO BOAL
Teléfono: 3105988884 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension N/D

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que GONZALEZ ALCAZAR DELIA ROSA identificada con documento de identidad CC 1049942556 fue valorada en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de CONTROLADOR TRAFICO BOAL:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Régimen de reducción de peso controlado por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Valoración por optometrìa en EPS para prescripción de formula optométrica.
Seguimiento y monitoreo de la presión arterial a cargo de la EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Se sugiere repetir espirometría en 6 meses.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	ANORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): GUTIERREZ GUERRERO LAURA KATHERINE
Registro médico: 1033756583
Licencia en Salud Ocupacional: Resolución 8485 DE 9 ABRIL DE 2021

GONZALEZ ALCAZAR DELIA ROSA
CC1049942556

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1043844769

Fecha: 06-marzo-2025 9:06 am
Impresión: 07-marzo-2025 12:00 pm



Paciente: **PEREZ MURILLO ANGEL EMILIO**
Doc.Iden.: **CC1043844769** Edad: 33 Años Sexo: M
Entidad: **CONSTRUCTORA SAGESA LTDA.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CARRERA 18 70 A 14 SUR
Adm. Salud: NUEVA EPS
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 2
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Teléfono: 3177351093 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que PEREZ MURILLO ANGEL EMILIO identificado con documento de identidad CC 1043844769 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AYUDANTE DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.
Valoración por optometrìa en EPS para prescripción de formula optométrica.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	ANORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

PEREZ MURILLO ANGEL EMILIO
CC1043844769

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 79155073

Fecha: 06-agosto-2024 8:39 am
Impresión: 07-marzo-2025 6:16 pm



Paciente: **YOPASA PARADA LUIS FERNANDO**
Doc.Iden.: **CC79155073** Edad: 62 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CRA 80 D 55 54
Adm. Salud: SALUD TOTAL S.A. E.P.S.
Admin.Riesgos NINGUNO
Estrato: 2
Cargo: CONDUCTOR
Teléfono: 3118699785 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que YOPASA PARADA LUIS FERNANDO identificado con documento de identidad CC 79155073 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de CONDUCTOR:

RESTRICCIONES:

Tipo de Restricción	Vigencia
Para labores que impliquen exposición a ruido mayor a 85db/valoración por otorrinolaringologo	TEMPORAL

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.

Médico-Laborales:

Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Audiometría periódica.
Pausas activas auditivas durante la jornada laboral.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	ANORMAL
890207	CONSULTA OPTOMETRIA	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
N00187	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS

Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

YOPASA PARADA LUIS FERNANDO
CC79155073

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1018496728

Fecha: 10-marzo-2025 7:38 am
Impresión: 11-marzo-2025 10:51 am



Paciente: **CRISTANCHO MICAN DAYRO ANTHONY VAN**
Doc.Iden.: **CC1018496728** Edad: 27 Años Sexo: M
Entidad: **CONSTRUCTORA SAGESA LTDA.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CLL 183 11 55
Adm. Salud: NUEVA EPS
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 3
Cargo: CONDUCTOR
Teléfono: 3218296992 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que CRISTANCHO MICAN DAYRO ANTHONY VAN identificado con documento de identidad CC 1018496728 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de CONDUCTOR:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Control rutinario anual por optometría en EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por nutrición en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL
N00187	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): GUTIERREZ GUERRERO LAURA KATHERINE
Registro médico: 1033756583
Licencia en Salud Ocupacional: Resolución 8485 DE 9 ABRIL DE 2021

CRISTANCHO MICAN DAYRO ANTHONY VAN
CC1018496728

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1075021983

Fecha: 04-marzo-2025 10:25 am
Impresión: 07-marzo-2025 12:23 pm



Paciente: **MENA PALACIOS BREINER DANIEL**
Doc.Iden.: **CC1075021983** Edad: 30 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: SALUD TOTAL S.A. E.P.S.
Admin.Riesgos N/D

Estrato: 2
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Teléfono: 3222387618 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que MENA PALACIOS BREINER DANIEL identificado con documento de identidad CC 1075021983 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AYUDANTE DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.
Audiometría periódica.
Espirometría periódica.
Valoración, manejo y seguimiento por neumología en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Uso de EPP respiratorio ante exposición potencial a material particulado.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	ANORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	ANORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

MENA PALACIOS BREINER DANIEL
CC1075021983

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1113515872

Fecha: 01-marzo-2025 10:24 am
Impresión: 03-marzo-2025 5:41 pm



Paciente: **MONTAÑO CAMACHO JUAN ANDRES**
Doc.Iden.: **CC1113515872** Edad: 38 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CRA 19 B # 66 75 SUR
Adm. Salud: E.P.S. FAMISANAR LTDA.
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 2
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Teléfono: 3137683067 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que MONTAÑO CAMACHO JUAN ANDRES identificado con documento de identidad CC 1113515872 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AYUDANTE DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Control rutinario anual por optometría en EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Audiometría periódica.
Pausas activas auditivas durante la jornada laboral.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	ANORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NEGATIVO
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	ANORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

MONTAÑO CAMACHO JUAN ANDRES
CC1113515872

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 1080833567

Fecha: 01-marzo-2025 8:37 am
Impresión: 03-marzo-2025 5:40 pm



Paciente: **ANGULO ANGULO JUNIOR MAURICIO**
Doc.Iden.: **CC1080833567** Edad: 26 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CALLE 69 C SUR 17 R 27
Adm. Salud: E.P.S. FAMISANAR LTDA.
Admin.Riesgos SURA - SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
Estrato: 2
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Teléfono: 3212698651 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que ANGULO ANGULO JUNIOR MAURICIO identificado con documento de identidad CC 1080833567 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AYUDANTE DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
954107	AUDIOMETRIA	NORMAL
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL
893808	ESPIROMETRIA	NORMAL
950601	VISIOMETRIA	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 14046 de 18/03/2024 SDS

ANGULO ANGULO JUNIOR MAURICIO
CC1080833567

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121500**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:45:59	**Nombre**	JUAN JOSE SALAMANCA GALAN
CC	19308485	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	INSPECTOR DE OBRA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1955-02-06	**Edad**	70 años
Dirección		**Teléfono**	3134400101
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	3
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 18:53:05
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD		PERFIL LIPIDICO	
		GLICEMIA SIMPLE	
AUDIOMETRIA			
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: JUAN JOSE SALAMANCA GALAN
CC: 19308485

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121495**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:08:19	**Nombre**	CHRISTIAN FERNANDO RODRIGUEZ DIAZ
CC	1013605284	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	AYUDANTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	0989-03-19	**Edad**	1035 años
Dirección		**Teléfono**	3017299281
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 18:20:26
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO	
VISIOMETRIA		GLICEMIA SIMPLE	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: CHRISTIAN FERNANDO RODRIGUEZ DIAZ
CC: 1013605284

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121496**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:17:53	**Nombre**	SERGIO ENRIQUE ACOSTA GUERRERO
CC	1024561847	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	AYUDANTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1995-03-27	**Edad**	29 años
Dirección		**Teléfono**	3113482465
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	1
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 18:28:46
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
VISIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO	
AUDIOMETRIA		GLICEMIA SIMPLE	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: SERGIO ENRIQUE ACOSTA GUERRERO
CC: 1024561847

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121497**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:28:27	**Nombre**	EDUARD TINJACA NIÑO
CC	80246361	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	NIVELETERO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1986-03-12	**Edad**	38 años
Dirección		**Teléfono**	3103165940
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	1
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 18:34:11
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
VISIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD		GLICEMIA SIMPLE	
AUDIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: EDUARD TINJACA NIÑO
CC: 80246361

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121498**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:32:48	**Nombre**	JEISSON ENEYER SALAMANCA VERGARA
CC	1030606572	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	INGENIERO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1992-01-23	**Edad**	33 años
Dirección		**Teléfono**	3202175519
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 18:40:50
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
VISIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD		GLICEMIA SIMPLE	
AUDIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

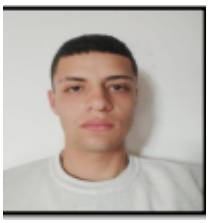
Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: JEISSON ENEYER SALAMANCA VERGARA
CC: 1030606572

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121499**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:39:08	**Nombre**	JOHAN CAMILO ESPITIA MUÑOZ
CC	1000160073	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	NIVELETERO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	2002-06-19	**Edad**	22 años
Dirección		**Teléfono**	3025562926
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	2
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 18:47:03
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD		PERFIL LIPIDICO	
		GLICEMIA SIMPLE	
AUDIOMETRIA			
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

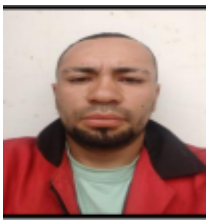
Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: JOHAN CAMILO ESPITIA MUÑOZ
CC: 1000160073

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121502**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:59:06	**Nombre**	CARLOS ANDRES MARTIN SALAS
CC	1000332181	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	NIVELETERO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1992-01-23	**Edad**	33 años
Dirección		**Teléfono**	3133037567
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 19:06:41
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
VISIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO	
AUDIOMETRIA		GLICEMIA SIMPLE	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: CARLOS ANDRES MARTIN SALAS
CC: 1000332181

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: gerencia@ipsep.com.co

Información General

N° ingreso	**121501**	**Fecha Impresión**	2025-03-07
Fecha Ingreso	2025-03-07 18:51:17	**Nombre**	RAUL EDUARDO MARTIN SALAS
CC	1024463753	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	AYUDANTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1986-03-14	**Edad**	38 años
Dirección		**Teléfono**	3112773114
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	3
Empresa a Laborar		**Fecha Salida**	2025-03-07 19:01:33
Empresa Contratante	NGC OBRAS CIVILES SAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO	
VISIOMETRIA		GLICEMIA SIMPLE	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD			

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: RAUL EDUARDO MARTIN SALAS
CC: 1024463753

NIT: 900.995.916-5 Avenida calle 53 # 23a - 59
www.serviciosmg.com.co
TEL: 3458765
info@serviciosmgips.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

POST INCAPACIDAD		*INGRESO*	✓
POR CAMBIO DE OCUPACIÓN		*EGRESO*	
ESPACIOS CONFINADOS		*PERIÓDICO*	
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		*REINTEGRO*	
ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓	*ALTURAS*	

N° **2150J**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08	**03**	**2025**	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

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

Nombre de la empresa	NIT
NGC OBRAS CIVILES SAS	**901772645-0**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, T I. T arjeta de Identidad, PT . Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
WILSON GUSTAVO CONTRERAS	MASCULINO		CC	**79.711.639**
032 Nombre completo			Tipo	Número

Cargo	EPS	Fondo de Pensiones	RH	Peso. Kg
OPERADOR	**FAMISANAR**	**COLPENSIONES**	**O+**	**70KG**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS /APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPÍDICO-GLICEMIA	
VISIOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP,REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL, ADOPCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico **Aspirante o Trabajador**

Nombre: **SAYDA DALNIRA PAVON RIVERA** **Nombre :**

R. M.: 52891474 L.S.O.: 1243/2018 **Identificacion :** **Huella**

" Los hallazgos fueron consignados en la historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007"

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

NIT: 900.995.916-5 Avenida calle 53 # 23a - 59
www.serviciosmg.com.co
TEL: 3458765
info@serviciosmgips.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

POST INCAPACIDAD		*INGRESO*	✓
POR CAMBIO DE OCUPACIÓN		*EGRESO*	
ESPACIOS CONFINADOS		*PERIÓDICO*	
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		*REINTEGRO*	
ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓	*ALTURAS*	

N° 2149J

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08	03	2025	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

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

Nombre de la empresa	NIT
NGC OBRAS CIVILES SAS	901772645-0

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, T I. T arjeta de Identidad, PT . Pasaporte)

MANUEL VICENTE FERNANDEZ CASTAÑEDA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO		CC	82.392.107
032 Nombre completo			Tipo	Número

Cargo	EPS	Fondo de Pensiones	RH	Peso. Kg
OPERADOR	NUEVA EPS	PROTECCION	O+	70KG

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS /APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPÍDICO-GLICEMIA	
VISIOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP,REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL, ADOPCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico **Aspirante o Trabajador**

Nombre: SAYDA DALNIRA PAVON RIVERA **Nombre :**

R. M.: 52891474 L.S.O.: 1243/2018 **Identificacion :** **Huella**

" Los hallazgos fueron consignados en la historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007"

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 106786

FECHA : 13/11/2024 HORA:8:7			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: CRISTIAN ALEXANDER BELEÑO NARVAEZ			DOCUMENTO: 1003711823	EDAD: 22 GENERO: M	
Empresa: PAVICONCRETOS S.A.S			Cargo: OPERADOR DE VIBROCOMPACTADORA	Tel: 3214414936 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	**Si**		Respiratorio	**Si**	
Espirometria	**Si**		Dermatología	**Si**	
Audiometria	**Si**		Osteomuscular	**Si**	
Visiometria	**Si**		Cardiovascular	**Si**	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	**Si**	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	**Si**		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	**Si**		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	**Si**		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**Si**	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	**SI**	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	**SI**	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	**SI**	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	**SI**	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	**SI**	Control Médico Ocupacional Anual	**SI**
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 110791

FECHA : 06/03/2025 HORA:8:4			**EXAMEN: PERIODICO**		
NOMBRES: HERNAN MORENO DUARTE			DOCUMENTO: 80394444		EDAD: 58 GENERO: M
Empresa: PAVICONCRETOS S.A.S			Cargo: OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA		Tel: 3107594386 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	Si		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	Si		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	NA	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	Si		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

APTO PARA TRABAJOS EN SUPERFICIES SIN INFRADESNIVEL (PISO). RECOMENDACION: 1. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES. 2. REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	Si	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	Si
Control Audiometrico	Si	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.'

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista
Salud Ocupacional U.N
Resolución No 6660 de 30/07/2019

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 74333282

Fecha: 22-enero-2025 12:34 pm
Impresión: 03-marzo-2025 2:26 pm



Paciente: **SUAREZ LUIS ALEJANDRO**
Doc.Iden.: **CC74333282** Edad: 55 Años Sexo: M
Entidad: **BYR CONSTRUCCIONES S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: CRA 8 163 B 60
Adm. Salud: NUEVA EPS
Admin.Riesgos N/D
Estrato: 3
Cargo: INSPECTOR 2
Teléfono: 3017862385 Estado civil: SOLTERO(A)
Admin.Pension PORVENIR -

Tipo Evaluación: PERIODICO

Se certifica que SUAREZ LUIS ALEJANDRO identificado con documento de identidad CC 74333282, quien desempeña el cargo de INSPECTOR 2, fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:

Médico-Generales:

Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Dieta balanceada baja en carbohidratos.
Evitar ayunos prolongados y omisión de comidas.
Valoración por optometrìa en EPS para prescripción de formula optométrica.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por cirugía general en EPS.
Control y seguimiento periódico en EPS por ortopedia, neurología y/o reumatología.
Control y seguimiento periódico en EPS por medicina interna y/o endocrinología.

Médico-Laborales:

Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es > de 85dB.
Audiometría periódica.
Uso de técnicas ergonómicas para levantamiento de cargas.
Realizar manipulación de cargas con las dos manos y cerca al tronco
-Evitar manipulación, levantamiento y transporte de carga pesadas mayores de 10 kg de manera recurrente. Para manipulación de cargas superiores se recomienda la utilización de ayudas mecánicas y/o técnicas de trabajo en equipo.
-Evitar bipedestación prolongada, permitir adoptar cambios posturales durante la jornada laboral (sentado – de pie) cada 2 horas durante 5 minutos, realizando las respectivas pausas activas especialmente de columna y miembros inferiores.
-Acortar la duración de los procesos que requieran movimientos repetitivos de los miembros superiores. Si estos fueran largos, intercalar periodos de descanso cada 2 horas por 5 minutos con la realización de las respectivas pausas activas especialmente en antebrazos y manos.

PRUEBAS PARACLINICAS:
Audiometría: anormal, hipoacusia no especifica.
Medición de la agudeza visual: anormal.
Énfasis osteomuscular: anormal.



Medico(a): MARTINEZ GUTIERREZ ERWIN
Registro médico: 82392360
Licencia en Salud Ocupacional: 2962 de 2014 SDS

SUAREZ LUIS ALEJANDRO
CC74333282

ACTA N° 2

FECHA	**3/03/2025**	**REUNIÓN No.**	**2**
HORA INICIO	**9:00 am**	**HORA FINAL**	**10:00 am**
LUGAR DE REUNIÓN	**OFICINAS CONSORCIO BYR SG BU 001**		

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
DIEGO LARROTTA BERNAL	ÁREA OPERATIVA	
JULIETTH COY GONZALEZ	ÁREA OPERATIVA	
CARLOS ANDRES BAQUERO	ÁREA OPERATIVA	
YURANI PARRA MORA	ÁREA OPERATIVA	
INVITADOS		
JUAN RINCÓN CARRILLO	ÁREA OPERATIVA	

OBJETO DE LA REUNIÓN

1. Verificación de asistencia
2. Revisión de compromisos comité anterior
3. Desarrollo de temas, Bioseguridad
4. Varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. **Verificación de asistencia y validación de cuórum**

   Se cumple con la asistencia de integrantes requeridos para dar inicio con la reunión, se cuenta con el cuórum para iniciar la reunión ordinaria del COPASST

2. **Revisión de compromisos comité anterior**

   Se cumple el compromiso de realizar la reunión correspondiente al mes vigente

3. Desarrollo de temas, Bioseguridad

- Para el mes de marzo se programa realizar dos capacitaciones al personal, una en el tema de uso de EPPs y otra en Seguridad Vial
- Con el ingreso de nuevos trabajadores se propone conformar la Brigada BOAL y la Brigada de Emergencia, que apoyarán los frentes de obra en ejecución.
- Una vez iniciada la ejecución en los frentes de obra, estos deben contar con una carpa y sus elementos de emergencia.
- Se solicita el apoyo al Residente SST del Contrato, Juan Rincón, para la realización de las inspecciones planeadas en los frentes de obra.

Bioseguridad

A la fecha de la presente reunión no se reportan casos sospechosos y/o positivos relacionados con el virus Covid-19.

4. Varios

A la fecha de la presente reunión, no se presentaron accidentes laborales.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
Realizar la próxima reunión en la fecha correspondiente	Miembros del Copasst - Área SST	Abril de 2025
Mantener el cumplimiento a los requerimientos realizados por el Copasst	Miembros del Copasst - Área SST	Permanente

FIRMAS:

Diego Larrota Bernal SECRETARIO	Carlos Andrés Baquero G. REPRESENTANTE EMPLEADOR

	CONSORCIO BYR SG BU 001	
CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas	FORMATO DE CAPACITACION E INDUCCION	Fecha: 09 -01-2025
	CONTRATO 491-2024	Versión: 0

"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

TEMA: Bioseguridad, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad - Políticas (Seguridad y Salud en el Trabajo, Prevención de Alcohol, tabaquismo y drogadicción, Prevención Vial, Seguridad Vial, Política Anticorrupción, Acoso Laboral, Desconexión Laboral), Sistema General de Riesgos (ARL,EPS, FP), Reporte de accidente de trabajo, Investigación de accidentes de trabajo, COPASST, Comité de Convivencia Laboral, Notificación de Riesgos, (matriz de riesgos), Uso y porte de elementos de protección personal/ No uso de bisutería, Exámenes médicos ocupacionales/ Brigadas de emergencia/ Horarios de trabajo/ Orden, aseo y limpieza, Roles y responsabilidades. Inducción al cargo a desempeñar, funciones y responsabilidades del cargo.

CAPACITADOR: **JUAN RINCÓN CARRILLO**

FECHA: 21 - 01 - 2025

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diana Sandoval C	53091284	Inspectora SSTMA	[firma]

NOTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN DE INGRESO	CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas
"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."	VERSIÓN 0
	09/01/2025

NOTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN DE INGRESO

Yo, Diana Alexandra Sandoval C. identificado con Cédula de Ciudadanía No. 53091284 expedida en la ciudad de Bogotá, declaro que fui notificado para recibir la capacitación de ingreso para vincularme a la empresa **CONSORCIO BYR SG BU 001**; he recibido y comprendido la capacitación correspondiente a la inducción de trabajo la cual se compone de los siguientes temas:

1. Descripción del alcance del Proyecto.
2. Políticas y objetivos del **CONSORCIO BYR SG BU 001.**
3. Funciones del cargo.
4. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de **CONSORCIO BYR SG BU 001.** (roles y responsabilidades, COPASST)
5. Notificación al derecho de examen de ingreso y egreso.
6. Riesgos significativos del proyecto con respecto al cargo.
7. Identificación de Actos y condiciones inseguras.
8. Importancia Uso de los elementos de protección personal.
9. Reglamento interno de trabajo y reglamento de higiene y seguridad industrial.
10. Plan de emergencias (incluye rutas de evacuación y punto de encuentro).
11. Reporte de riesgos, accidentes e incidentes (pasos a seguir en caso de accidente).
12. Papel del trabajador en prevención y conservación de su propia salud.

Se firma en aceptación a la información recibida en la inducción.

TRAB AJADOR	**EMPLEADOR**
	DIANA A. SANDOVAL C.
Nombre: Diana Sandoval	**Nombre CONSORCIO BYR SG BU 001**
C.C 53091284	**Nit 901.901.203-3**

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Y ACCIONES PREVENTIVAS	**Código:** SGSST
CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Fecha:** 09/01/2025
	CONSORCIO BYR SG BU 001	**Versión:** 0

LUGAR Y FECHA	Bogotá - 21-01-2025		
NOMBRE Y APELLIDO	Diana Alexandra Sandoval Cristancho		
CEDULA	53091284	**CARGO**	Inspectora SSTMA

Plan Básico Legal: RHSI *Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, prevención del consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas* COPASST* Brigada Integral* Afiliaciones al Sistema de Seguridad Social Integral* Exámenes Médicos Ocupacionales – ingreso, periódicos, reubicación y de Egreso.
Elementos de protección personal del cargo: Botas de seguridad , casco de seguridad, guantes, protectores auditivos, monogafas, protección respiratoria.

Se notifican los riesgos a los cuales va a estar expuesto en su puesto de trabajo:

RIESGOS EXISTENTES			
X	Mecánico: Atrapamientos	X	Físico: Ruido
X	Eléctrico: Electrocución	X	Químico: Polvos, humos.material particulado.
X	Locativo: Zanjas abiertas	X	Biologico: virus SARS-cov2 (Covid-19)
X	Locativo: Golpes, caídas.	X	Ergonómico: Posturas de pie
X	Seguridad: Accidentes de transito	X	Psicolaboral: Estrés, cansancio físico
X	Seguridad: Robos	X	Psicolaboral: Gestión

ACCIONES PREVENTIVAS

- Recuerde que el uso de tapabocas es de obligatorio cumplimiento en todo lugar y momento.
- Mantenga el orden del área de trabajo.
- No olvide verificar la señalización del área antes de iniciar actividades y cuando termine las mismas.
- No olvide tener en cuenta las normas de seguridad y señales preventivas en la obra; así como verificar que sus compañeros o el personal a su cargo las cumpla.
- Consulte con el personal SST cualquier duda con respecto a las normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo vigentes para realizar las actividades.
- Supervise que el área de trabajo esté ordenada, esto evitará accidentes e incidentes.
- No permita que el personal a su cargo manipule ningún tipo de maquinaria o herramienta si no conoce su funcionamiento.
- Cumplir con todas las normas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes en la realización de sus actividades.
- No permita que se almacenen combustibles en áreas de oficina o frentes de obra.
- Por su seguridad nunca se retire los elementos de protección durante el desarrollo de su actividad.
- No olvide las rutas de evacuación en caso de emergencia.
- No olvide tomar medidas preventivas cuando haya paso de peatones o transito vehicular.
- Se prohíbe fumar dentro de la oficina o frente obra.
- No olvide utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Reporte oportunamente cualquier riesgo, accidente o incidente de trabajo.
- Tome las medidas de seguridad personales correspondientes.
- **Recuerde que tiene derecho a examen de retiro.**



FIRMA DEL TRABAJADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá D.C 21 de Enero 2025

Señor(a)
DIANA ALEXANDRA SANDOVAL CRISTANCHO
Ciudad

Asunto: Compromiso de entrega de Dotación y EPPs

Estimado señor(a)

Por medio de la presente, establecemos un compromiso para hacerle entrega de la dotación y elementos de protección personal, para desempeñar adecuadamente sus funciones para el cargo asignado en el Contrato 491 de 2024.

EL CONSORCIO BYR SG BU 001 se obliga a entregar al trabajador, lo mencionado, el día efectivo de ingreso a obra antes de la entrada al proyecto, a su vez, El TRABAJADOR, se obliga a portar durante su jornada laboral la dotación entregada por el Empleador, así como, el uso adecuado de los elementos de protección personal.

Cordialmente

DIANA A. SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá, 21 de Enero de 2025

Señor(a):
DIANA ALEXANDRA SANDOVAL CRISTANCHO
La Ciudad

Asunto: Notificación derecho a exámenes médicos de retiro.

Estimado señor (a)

Por medio de la presente informamos que a partir de la fecha de su retiro contara con 05 días hábiles, para presentarse a la IPS de Mediexpress la cual se encuentra ubicada en la Carrera 49D No 91-98, teléfono 218 25 30 / 218 16 95 barrio Rio Negro, en los siguientes horarios de atención: Lunes a Viernes 7:30 am a 11 am y 1:30 pm a 5 pm, Sábados de 8:00 a 12:00 am para la toma de sus exámenes de retiro o en la IPS de su preferencia si su contrato es por prestación de servicios, si pasado este tiempo, no se ha presentado a esta diligencia, se entenderá que renuncia tácitamente a este derecho y no se podrá entender como incumplimiento por parte del empleador a fin que se configure ningún tipo de sanción, y además exonera al CONSORCIO BYR SG BU 001 de cualquier responsabilidad por el no cumplimiento en este aspecto.

Cordialmente,

DIANA A, SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá, 21 de Enero de 2025

Señor(a)
DIANA ALEXANDRA SANDOVAL CRISTANCHO
Ciudad

Asunto: Compromiso de salud

Dando cumplimiento al programa de Medicina Preventiva y del Trabajo, en el cual se realiza seguimiento y cumplimiento a las recomendaciones emitidas por los médicos de la IPS de exámenes médicos ocupacionales, se realizan los siguientes compromisos de salud:

- Realizar chequeos médicos anuales rutinarios por EPS
- Uso de dotación y EPPs en el desarrollo de actividades laborales
- Realizar pausas activas durante la jornada laboral
- Mantener prácticas de higiene postural durante la actividad y el descanso
- Atender las directrices de Seguridad y Salud al Trabajo

Con su compromiso en el cumplimiento de estas recomendaciones, su vida estará menos propensa al desarrollo de enfermedades que puedan afectar su integridad y la de su familia y por favor recuerde mantener informada al área de seguridad y salud al trabajo de sus controles médicos.

Cordialmente,

JUAN RINCÓN CARRILLO
RESIDENTE SST

COLABORADOR

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA:	21 - 01 - 2025
NOMBRE:	Diana Alexandra Sandoval Contancho
CEDULA:	53091284
CARGO:	Inspectora SSTMA
OBRA / PROYECTO:	Contrato 491 - 2024

1. Responda verdadero o falso

a) Puede entrar a trabajar o a la obra si olvida sus botas de seguridad F
b) Usted puede fumar en su horario laboral y en la obra F
c) El carné lo debe portar durante su jornada laboral V

2. Nombre y explique dos riesgos a los cuales está expuesto

a) Ruido: Por maquinaria
b) Biologico: virus, bacterias

3. ¿Qué recuerda de la Política de SST?

Esta enfocada en prevenir accidentes y enfermedades laborales

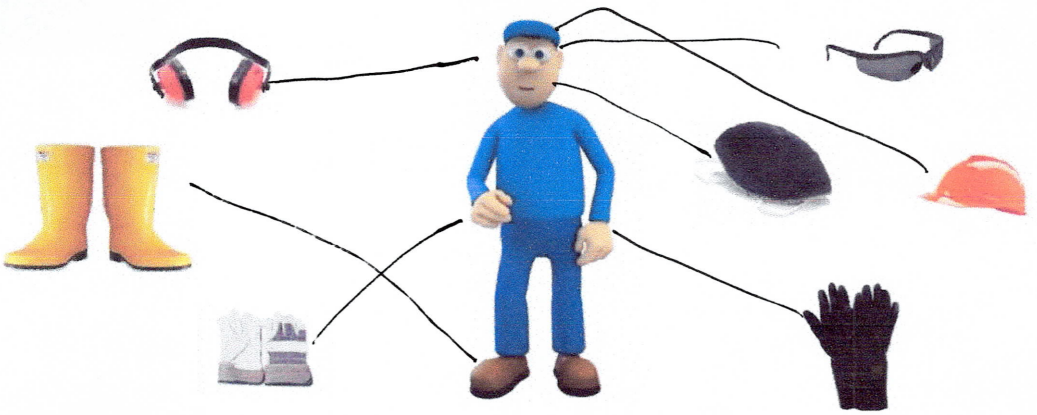
4. ¿Qué debe hacer en caso de observar un riesgo que pueda afectarlo a usted o a sus compañeros?

Informar al jefe inmediato

5. ¿Qué es el protocolo de bioseguridad?

acciones enfocadas a prevenir la transmisión del virus covid-19

Prepare al trabajador para ir a laborar uniendo los elementos de protección personal a su cuerpo.



2. Indique con una X si la frase es Verdadera o Falsa:

Afirmación	Verdadero	Falso
La ARL, es la entidad legalmente constituida, encargada de realizar la Administración de los Riesgos Profesionales, que nos cubre en caso de un Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional.	X	
El COPASST es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, encargado de apoyar las inspecciones e Investigaciones de Trabajo	X	
Ejemplos de emergencia son: derrumbes, terremotos, inundaciones.	X	
Los Accidentes de Trabajo, se pueden ocasionar por una excavación que no esté señalizada.	X	
El código de colores para separar los residuos es: rojo, amarillo y azul		X
Si manejamos los residuos, contaminamos los cuerpos de agua		X

Firma del Trabajador

CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas	**CONSORCIO BYR SG BU 001**	
	FORMATO DE CAPACITACION E INDUCCION	**Fecha:** 09 -01-2025
	CONTRATO 491-2024	**Versión:** 0

"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

TEMA: Bioseguridad, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad - Políticas (Seguridad y Salud en el Trabajo, Prevención de Alcohol, tabaquismo y drogadicción, Prevención Vial, Seguridad Vial, Política Anticorrupción, Acoso Laboral, Desconexión Laboral), Sistema General de Riesgos (ARL,EPS, FP), Reporte de accidente de trabajo, Investigación de accidentes de trabajo, COPASST, Comité de Convivencia Laboral, Notificación de Riesgos, (matriz de riesgos), Uso y porte de elementos de protección personal/ No uso de bisutería, Exámenes médicos ocupacionales/ Brigadas de emergencia/ Horarios de trabajo/ Orden, aseo y limpieza, Roles y responsabilidades. Inducción al cargo a desempeñar, funciones y responsabilidades del cargo.

CAPACITADOR: JUAN RINCÓN CARRILLO

FECHA: 21 - 01 - 2025

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Olga R. Flórez Benavides	66.844.179	Auxiliar	

NOTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN DE INGRESO	CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas
"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."	VERSIÓN 0
	09/01/2025

NOTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN DE INGRESO

Yo, Olga R. Flórez Benavides identificado con Cédula de Ciudadanía No. 66.844179 expedida en la ciudad de Cali, declaro que fui notificado para recibir la capacitación de ingreso para vincularme a la empresa **CONSORCIO BYR SG BU 001**; he recibido y comprendido la capacitación correspondiente a la inducción de trabajo la cual se compone de los siguientes temas:

1. Descripción del alcance del Proyecto.
2. Políticas y objetivos del **CONSORCIO BYR SG BU 001.**
3. Funciones del cargo.
4. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de **CONSORCIO BYR SG BU 001.** (roles y responsabilidades, COPASST)
5. Notificación al derecho de examen de ingreso y egreso.
6. Riesgos significativos del proyecto con respecto al cargo.
7. Identificación de Actos y condiciones inseguras.
8. Importancia Uso de los elementos de protección personal.
9. Reglamento interno de trabajo y reglamento de higiene y seguridad industrial.
10. Plan de emergencias (incluye rutas de evacuación y punto de encuentro).
11. Reporte de riesgos, accidentes e incidentes (pasos a seguir en caso de accidente).
12. Papel del trabajador en prevención y conservación de su propia salud.

Se firma en aceptación a la información recibida en la inducción.

TRAB AJADOR	**EMPLEADOR**
	DIANA A. SANDOVAL C.
Nombre: Olga R. Flórez Benavides	**Nombre CONSORCIO BYR SG BU 001**
C.C 66.844.179	**Nit 901.901.203-3**

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Y ACCIONES PREVENTIVAS	**Código:** SGSST
CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Fecha:** 09/01/2025
	CONSORCIO BYR SG BU 001	**Versión:** 0

LUGAR Y FECHA	Bogotá - 21 - 01 - 2025		
NOMBRE Y APELLIDO	Olga R. Florez Benavides		
CEDULA	66.844179	**CARGO**	Auxiliar

Plan Básico Legal: RHSI *Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, prevención del consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas* COPASST* Brigada Integral* Afiliaciones al Sistema de Seguridad Social Integral* Exámenes Médicos Ocupacionales – ingreso, periódicos, reubicación y de Egreso.
Elementos de protección personal del cargo: Botas de seguridad , casco de seguridad, guantes, protectores auditivos, monogafas, protección respiratoria.

Se notifican los riesgos a los cuales va a estar expuesto en su puesto de trabajo:

RIESGOS EXISTENTES			
X	Mecánico: Atrapamientos	X	Físico: Ruido
X	Eléctrico: Electrocución	X	Químico: Polvos, humos.material particulado.
X	Locativo: Zanjas abiertas	X	Biologico: virus SARS-cov2 (Covid-19)
X	Locativo: Golpes, caídas.	X	Ergonómico: Posturas de pie
X	Seguridad: Accidentes de transito	X	Psicolaboral: Estrés, cansancio físico
X	Seguridad: Robos	X	Psicolaboral: Gestión

ACCIONES PREVENTIVAS

- Recuerde que el uso de tapabocas es de obligatorio cumplimiento en todo lugar y momento.
- Mantenga el orden del área de trabajo.
- No olvide verificar la señalización del área antes de iniciar actividades y cuando termine las mismas.
- No olvide tener en cuenta las normas de seguridad y señales preventivas en la obra; así como verificar que sus compañeros o el personal a su cargo las cumpla.
- Consulte con el personal SST cualquier duda con respecto a las normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo vigentes para realizar las actividades.
- Supervise que el área de trabajo esté ordenada, esto evitará accidentes e incidentes.
- No permita que el personal a su cargo manipule ningún tipo de maquinaria o herramienta si no conoce su funcionamiento.
- Cumplir con todas las normas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes en la realización de sus actividades.
- No permita que se almacenen combustibles en áreas de oficina o frentes de obra.
- Por su seguridad nunca se retire los elementos de protección durante el desarrollo de su actividad.
- No olvide las rutas de evacuación en caso de emergencia.
- No olvide tomar medidas preventivas cuando haya paso de peatones o transito vehicular.
- Se prohíbe fumar dentro de la oficina o frente obra.
- No olvide utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Reporte oportunamente cualquier riesgo, accidente o incidente de trabajo.
- Tome las medidas de seguridad personales correspondientes.
- **Recuerde que tiene derecho a examen de retiro.**



FIRMA DEL TRABAJADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá D.C 21 de Enero 2025

Señor(a)
OLGA R. FLÓREZ BENAVIDES
Ciudad

Asunto: Compromiso de entrega de Dotación y EPPs

Estimado señor(a)

Por medio de la presente, establecemos un compromiso para hacerle entrega de la dotación y elementos de protección personal, para desempeñar adecuadamente sus funciones para el cargo asignado en el Contrato 491 de 2024.

EL CONSORCIO BYR SG BU 001 se obliga a entregar al trabajador, lo mencionado, el día efectivo de ingreso a obra antes de la entrada al proyecto, a su vez, El TRABAJADOR, se obliga a portar durante su jornada laboral la dotación entregada por el Empleador, así como, el uso adecuado de los elementos de protección personal.

Cordialmente

DIANA A. SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá, 21 de Enero de 2025

Señor(a):

OLGA R. FLÓREZ BENAVIDES

La Ciudad

Asunto: Notificación derecho a exámenes médicos de retiro.

Estimado señor (a)

Por medio de la presente informamos que a partir de la fecha de su retiro contara con 05 días hábiles, para presentarse a la IPS de Mediexpress la cual se encuentra ubicada en la Carrera 49D No 91-98, teléfono 218 25 30 / 218 16 95 barrio Rio Negro, en los siguientes horarios de atención: Lunes a Viernes 7:30 am a 11 am y 1:30 pm a 5 pm, Sábados de 8:00 a 12:00 am para la toma de sus exámenes de retiro o en la IPS de su preferencia si su contrato es por prestación de servicios, si pasado este tiempo, no se ha presentado a esta diligencia, se entenderá que renuncia tácitamente a este derecho y no se podrá entender como incumplimiento por parte del empleador a fin que se configure ningún tipo de sanción, y además exonera al CONSORCIO BYR SG BU 001 de cualquier responsabilidad por el no cumplimiento en este aspecto.

Cordialmente,

DIANA A, SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá, 21 de Enero de 2025

Señor(a)
OLGA ROSA FLOREZ BENAVIDES
Ciudad

Asunto: Compromiso de salud

Dando cumplimiento al programa de Medicina Preventiva y del Trabajo, en el cual se realiza seguimiento y cumplimiento a las recomendaciones emitidas por los médicos de la IPS de exámenes médicos ocupacionales, se realizan los siguientes compromisos de salud:

- Realizar chequeos médicos anuales rutinarios por EPS
- Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos
- Control rutinario anual por optometría en EPS
- Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS
- Audiometría periódica
- Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas
- Uso de medias para la várice según prescripción médica
- Realizar pausas activas en miembros inferiores durante la jornada laboral
- Uso de dotación y EPPs en el desarrollo de actividades laborales
- Mantener prácticas de higiene postural durante la actividad y el descanso
- Atender las directrices de Seguridad y Salud al Trabajo

Con su compromiso en el cumplimiento de estas recomendaciones, su vida estará menos propensa al desarrollo de enfermedades que puedan afectar su integridad y la de su familia y por favor recuerde mantener informada al área de seguridad y salud al trabajo de sus controles médicos.

Cordialmente,

DIANA A, SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA:	21/01/2025
NOMBRE:	OLGA R. FLOREZ BENAVIDES
CEDULA:	66.844.179
CARGO:	Auxiliar
OBRA / PROYECTO:	Contrato 491 - 2024

1. Responda verdadero o falso

a) Puede entrar a trabajar o a la obra si olvida sus botas de seguridad F
b) Usted puede fumar en su horario laboral y en la obra F
c) El carné lo debe portar durante su jornada laboral X

2. Nombre y explique dos riesgos a los cuales está expuesto

a) Químico: Polvo, material particulado

b) Locativo: caidas, golpes

3. ¿Qué recuerda de la Política de SST?

Está enfocado en la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales

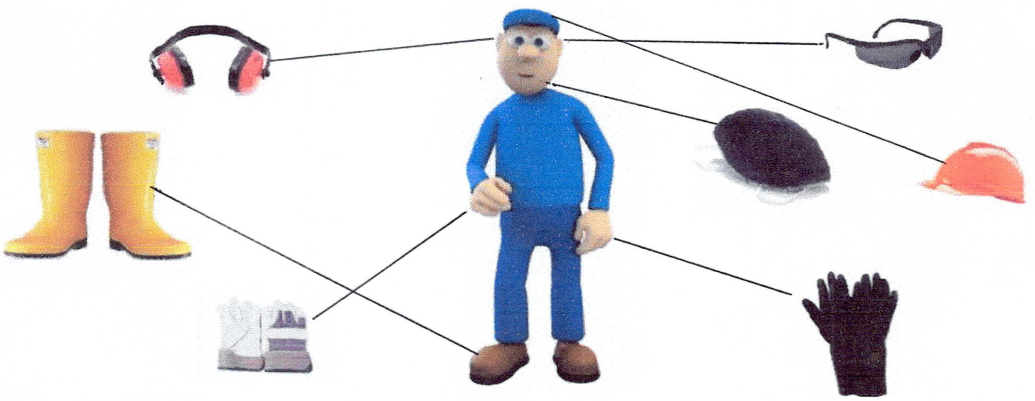
4. ¿Qué debe hacer en caso de observar un riesgo que pueda afectarlo a usted o a sus compañeros?

Informar al jefe inmediato

5. ¿Qué es el protocolo de bioseguridad?

Acciones enfocadas a la prevención de la transmisión de virus covid-19

Prepare al trabajador para ir a laborar uniendo los elementos de protección personal a su cuerpo.



2. Indique con una X si la frase es Verdadera o Falsa:

Afirmación	Verdadero	Falso
La ARL, es la entidad legalmente constituida, encargada de realizar la Administración de los Riesgos Profesionales, que nos cubre en caso de un Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional.	X	
El COPASST es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, encargado de apoyar las inspecciones e Investigaciones de Trabajo	X	
Ejemplos de emergencia son: derrumbes, terremotos, inundaciones.	X	
Los Accidentes de Trabajo, se pueden ocasionar por una excavación que noesté señalizada.	X	
El código de colores para separar los residuos es: rojo, amarillo y azul		X
Si manejamos los residuos, contaminamos los cuerpos de agua		X

Firma del Trabajador

CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas	**CONSORCIO BYR SG BU 001**	
	FORMATO DE CAPACITACION E INDUCCION	**Fecha:** 09 -01-2025
	CONTRATO 491-2024	**Versión:** 0

"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

TEMA: Bioseguridad, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad - Políticas (Seguridad y Salud en el Trabajo, Prevención de Alcohol, tabaquismo y drogadicción, Prevención Vial, Seguridad Vial, Política Anticorrupción, Acoso Laboral, Desconexión Laboral), Sistema General de Riesgos (ARL,EPS, FP), Reporte de accidente de trabajo, Investigación de accidentes de trabajo, COPASST, Comité de Convivencia Laboral, Notificación de Riesgos, (matriz de riesgos), Uso y porte de elementos de protección personal/ No uso de bisutería, Exámenes médicos ocupacionales/ Brigadas de emergencia/ Horarios de trabajo/ Orden, aseo y limpieza, Roles y responsabilidades. Inducción al cargo a desempeñar, funciones y responsabilidades del cargo.

CAPACITADOR: JUAN RINCON CARRILLO

FECHA: 21-01-2025

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Andres Baquero	1069[illegible]228	Inspector SSTMA	

CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Y ACCIONES PREVENTIVAS**	**Código:** SGSST
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Fecha:** 09/01/2025
	CONSORCIO BYR SG BU 001	**Versión:** 0

LUGAR Y FECHA	Bogotá - 21 - Enero - 2025		
NOMBRE Y APELLIDO	Carlos Andres Bogero		
CEDULA	1069830228	**CARGO**	Inspector SSTMA

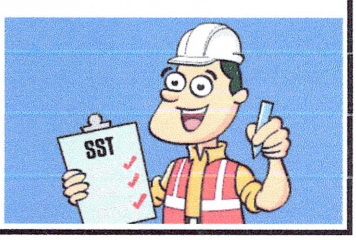
Plan Básico Legal: RHSI *Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, prevención del consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas* COPASST* Brigada Integral* Afiliaciones al Sistema de Seguridad Social Integral* Exámenes Médicos Ocupacionales – ingreso, periódicos, reubicación y de Egreso.
Elementos de protección personal del cargo: Botas de seguridad , casco de seguridad, guantes, protectores auditivos, monogafas, protección respiratoria.

Se notifican los riesgos a los cuales va a estar expuesto en su puesto de trabajo:

RIESGOS EXISTENTES			
X	Mecánico: Atrapamientos	X	Físico: Ruido
X	Eléctrico: Electrocución	X	Químico: Polvos, humos.material particulado.
X	Locativo: Zanjas abiertas	X	Biologico: virus SARS-cov2 (Covid-19)
X	Locativo: Golpes, caídas	X	Ergonómico: Posturas de pie
X	Seguridad: Accidentes de transito	X	Psicolaboral: Estrés, cansancio físico
X	Seguridad: Robos	X	Psicolaboral: Gestión

ACCIONES PREVENTIVAS

- Recuerde que el uso de tapabocas es de obligatorio cumplimiento en todo lugar y momento.
- Mantenga el orden del área de trabajo.
- No olvide verificar la señalización del área antes de iniciar actividades y cuando termine las mismas.
- No olvide tener en cuenta las normas de seguridad y señales preventivas en la obra; así como verificar que sus compañeros o el personal a su cargo las cumpla.
- Consulte con el personal SST cualquier duda con respecto a las normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo vigentes para realizar las actividades.
- Supervise que el área de trabajo esté ordenada, esto evitará accidentes e incidentes.
- No permita que el personal a su cargo manipule ningún tipo de maquinaria o herramienta si no conoce su funcionamiento.
- Cumplir con todas las normas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes en la realización de sus actividades.
- No permita que se almacenen combustibles en áreas de oficina o frentes de obra.
- Por su seguridad nunca se retire los elementos de protección durante el desarrollo de su actividad.
- No olvide las rutas de evacuación en caso de emergencia.
- No olvide tomar medidas preventivas cuando haya paso de peatones o transito vehicular.
- Se prohíbe fumar dentro de la oficina o frente obra.
- No olvide utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Reporte oportunamente cualquier riesgo, accidente o incidente de trabajo.
- Tome las medidas de seguridad personales correspondientes.
- **Recuerde que tiene derecho a examen de retiro.**



FIRMA DEL TRABAJADOR

NOTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN DE INGRESO	CONSORCIO BYR SG BU 001 Ingenieros contratistas
"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y PUENTES SOBRE CUERPOS DE AGUA DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."	VERSIÓN 0
	09/01/2025

NOTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN DE INGRESO

Yo, Carlos Andres Bogero German identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1069730228 expedida en la ciudad de Fusagasuga, declaro que fui notificado para recibir la capacitación de ingreso para vincularme a la empresa **CONSORCIO BYR SG BU 001**; he recibido y comprendido la capacitación correspondiente a la inducción de trabajo la cual se compone de los siguientes temas:

1. Descripción del alcance del Proyecto.
2. Políticas y objetivos del **CONSORCIO BYR SG BU 001.**
3. Funciones del cargo.
4. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de **CONSORCIO BYR SG BU 001.** (roles y responsabilidades, COPASST)
5. Notificación al derecho de examen de ingreso y egreso.
6. Riesgos significativos del proyecto con respecto al cargo.
7. Identificación de Actos y condiciones inseguras.
8. Importancia Uso de los elementos de protección personal.
9. Reglamento interno de trabajo y reglamento de higiene y seguridad industrial.
10. Plan de emergencias (incluye rutas de evacuación y punto de encuentro).
11. Reporte de riesgos, accidentes e incidentes (pasos a seguir en caso de accidente).
12. Papel del trabajador en prevención y conservación de su propia salud.

Se firma en aceptación a la información recibida en la inducción.

TRAB AJADOR	**EMPLEADOR**
Nombre: Carlos Andres Bogero	**Nombre CONSORCIO BYR SG BU 001.**
C.C 1069730228	**Nit 901.901.203-3**

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá D.C 21 de Enero 2025

Señor(a)
Carlos Andres Bogero G.
Ciudad

Asunto: Compromiso de entrega de Dotación y EPPs

Estimado señor(a)

Por medio de la presente, establecemos un compromiso para hacerle entrega de la dotación y elementos de protección personal, para desempeñar adecuadamente sus funciones para el cargo asignado en el Contrato 491 de 2024.

EL CONSORCIO BYR SG BU 001 se obliga a entregar al trabajador, lo mencionado, el día efectivo de ingreso a obra antes de la entrada al proyecto, a su vez, El TRABAJADOR, se obliga a portar durante su jornada laboral la dotación entregada por el Empleador, así como, el uso adecuado de los elementos de protección personal.

Cordialmente

DIANA A. SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR

CONSORCIO BYR SG BU 001
Ingenieros contratistas

Bogotá, 21 de Enero de 2025

Señor(a):
Carlos Andres Bayero G.

La Ciudad

Asunto: Notificación derecho a exámenes médicos de retiro.

Estimado señor (a)

Por medio de la presente informamos que a partir de la fecha de su retiro contara con 05 días hábiles, para presentarse a la IPS de Mediexpress la cual se encuentra ubicada en la Carrera 49D No 91-98, teléfono 218 25 30 / 218 16 95 barrio Rio Negro, en los siguientes horarios de atención: Lunes a Viernes 7:30 am a 11 am y 1:30 pm a 5 pm, Sábados de 8:00 a 12:00 am para la toma de sus exámenes de retiro o en la IPS de su preferencia si su contrato es por prestación de servicios, si pasado este tiempo, no se ha presentado a esta diligencia, se entenderá que renuncia tácitamente a este derecho y no se podrá entender como incumplimiento por parte del empleador a fin que se configure ningún tipo de sanción, y además exonera al CONSORCIO BYR SG BU 001 de cualquier responsabilidad por el no cumplimiento en este aspecto.

Cordialmente,

DIANA A, SANDOVAL C
DIRECTORA HSE

COLABORADOR