INGENIATECH
CONSTRUCCIÓN, INTERVENTORÍA Y CONSULTORÍA

Anexo 8.

Informe Técnico y Administrativo de Obra

INGENIATECH
CONSTRUCCIÓN, INTERVENTORÍA Y CONSULTORÍA

Celular: 301 682 0730
Correo: ingeniatechsas@gmail.com
Cll 12 # 9-21, Miranda Cauca
INGENIATECH S.A.S

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

INFORME MENSUAL No 01 Y ACTA DE COBRO No. 01

CONTRATO DE OBRA

No. 151-2025

CONTRATISTA:

CONSORCIO HOSPITAL SAN LUCIA

CONTRATISTA DE INTERVENTORIA:

CONSTRUCCIONES INGENIATECH S.A.S

PERIODO DE EJECUCION

29 DE AGOSTO A 25 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

ANEXOS

1. ACTA DE COBRO No 01
2. PLANOS
3. BITACORA DE OBRA
4. PLANILLAS DE AFILIACIONES
5. INFORME SST
6. CRONOGRAMA DE OBRA
7. POLIZAS

1. OBJETIVO

El presente informe tiene como objetivo presentar de manera detallada el avance de obra correspondiente al contrato No. 151-2025, cuyo objeto es la ejecución de adecuaciones locativas en el Hospital Santa Lucía E.S.E., municipio de El Dovio – Valle del Cauca, durante el periodo comprendido entre el 29 de agosto de 2025 y 25 de septiembre de 2025.

Se busca informar al contratante y a la interventoría sobre las actividades ejecutadas, los procedimientos constructivos, las medidas de seguridad aplicadas, los aspectos administrativos, el control de cantidades mediante metodología BIM y los entregables parciales al hospital.

2. INTRODUCCIÓN

Con el fin de garantizar la prestación de los servicios médicos y hospitalarios, el método de trabajo fue concertado con la Gerente del Hospital, estableciendo que la primera fase de intervención se realizaría en el área de hospitalización, la cual fue desocupada completamente.

Dicha área representa aproximadamente la mitad de la superficie total a intervenir, y en ella se adelantaron actividades de cambio de cubierta, reemplazo de puertas y ventanas, sustitución de cielo falso, instalación de luminarias y construcción de mediacaña.

Una vez culminada y entregada esta primera etapa al hospital, se procederá con la desocupación del área de consulta externa para dar continuidad a las actividades constructivas programadas en dicha zona.

3. INFORMACIÓN DEL PROYECTO

CONTRATO No	151-2025
CONTRATANTE	E.S.E HOSPITAL SANTA LUCIA
GERENTE	GLORIA ANGELICA BUSTAMANTE CARDENAS
CEDULA	1.116.245.542
CONTRATISTA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA
NIT	901979346-3
REPRESENTALE REGAL	ADRIAN FELIPE ALVARADO SEPULVEDA
CEDULA	6.446.359
OBJETO	ADECUACIONES LOCATIVAS EN EL HOSPITAL SANTA LUCÍA E.S.E., MUNICIPIO DE EL DOVIO – VALLE DEL CAUCA.
VALOR DEL CONTRATO	CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES SIETE MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE $445.007.139
PLAZO DE EJECUION	120 DÍAS CALENDARIO.
FECHA DE INICIO	29 de AGOSTO de 2025.
FECHA DE TERMIANCION	23 de DICIEMBRE de 2025.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto consiste en la intervención de las instalaciones del Hospital Santa Lucía E.S.E., mediante la ejecución de adecuaciones locativas orientadas a optimizar la infraestructura y mejorar la funcionalidad de los espacios. Para ello, se contemplan labores de renovación de cubiertas, cambio de carpintería metálica por carpintería de aluminio, construcción de elementos complementarios, así como la modernización de acabados interiores, cielos falsos e iluminación.

5. ALCANCE DEL PROYECTO

El alcance contempla la ejecución de las actividades establecidas en el presupuesto contractual, enmarcadas en capítulos de preliminares, instalaciones eléctricas, cubiertas, revestimiento, pisos, carpintería metálica, pintura, limpieza y equipos.

En el presente contrato contempla se ejecutarán las siguientes actividades:

- Cerramiento con tela fib. tejida.

- Desmonte de marco más nave sencilla.
- Desmonte de marco más nave doble.
- Desmonte de ventanas metálicas.
- Desmonte de cubierta en teja de barro.
- Demolición de enchape cerámico.
- Desmonte de cielo falso.
- Demolición de piso y enchape
- Demolición de guarda escoba.
- Desmonte de cubierta en teja de barro y teja de fibrocemento.
- Retiro y acarreo de material en volqueta.
- Instalación de salidas eléctricas
- Instalación de panel led
- Instalación de perfil abierto HR C 5x2.
- Instalación de teja UPVC.
- Instalación de caballete UPVC.
- Instalación de cielo falso
- Instalación de mediacaña sobre piso.
- Instalación de marcos, puertas y ventanas en aluminio
- Rasqueteada, resane, lijada y pintada de paredes
- Limpieza general

6. COBERTURA Y BENEFICIARIOS

La intervención beneficia directamente a los usuarios del Hospital Santa Lucía E.S.E., garantizando condiciones seguras y adecuadas para la atención en salud. Indirectamente, se favorece a la comunidad del municipio de El Dovio y su área de influencia.

7. IMPACTO ESPERADO

- Garantizar condiciones óptimas de seguridad, impermeabilidad y durabilidad en la infraestructura hospitalaria.
- Prevenir filtraciones y deterioro estructural derivados de cubiertas en mal estado.
- Mejorar el confort térmico con cubiertas modernas en teja UPVC.
- Facilitar el control técnico y la trazabilidad mediante el uso de la metodología BIM.
- Asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud con un esquema de trabajo por etapas.

8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

8.1. Cerramiento con tela fib. tejida

Se ejecutó cerramiento perimetral con malla eslabonada (fibra tejida) a 2.10 m de altura, El objetivo fue impedir el ingreso al personal ajeno al área de acopio de escombros.



Ilustración 1 cerramiento calle



Ilustración 2 cerramiento interno

8.2. Desmonte de marco más nave sencilla

Retiro manual y controlado de marcos metálicos y naves sencillas, evitando daños a elementos estructurales.



Ilustración 3 desmonte de marco y nave sencilla



Ilustración 4 desmonte de marco y nave sencilla

8.3. Desmonte de marco doble más nave doble

Retiro manual y controlado de marcos metálicos doble y nave doble, evitando daños a elementos estructurales.



Ilustración 5 desmonte de marco y nave doble



Ilustración 6 desmonte de marco y nave doble

8.4. Desmonte de ventanas metálicas

Se retiraron ventanas metálicas. Estos serán reemplazados por ventanas en aluminio, según especificaciones contractuales.



Ilustración 7 desmonte ventana metálica



Ilustración 8 desmonte ventana metálica

8.5. Desmonte de cubierta en teja de barro

Retiro ordenado de tejas, acopio de piezas reutilizables y evacuación del material dañado.



Ilustración 9 desmonte de teja de barro



Ilustración 10 desmonte de teja de barro

8.6. Desmonte de cubierta en fibrocemento

Retiro ordenado de tejas, acopio de piezas reutilizables y evacuación del material dañado, ejecución cuidadosa, con protocolos de seguridad y transporte a sitio autorizado.



Ilustración 11 desmonte de cubierta de fibrocemento



Ilustración 12 desmonte de cubierta de fibrocemento

8.7. Instalación de perfil abierto HR C 5x2

Montaje y alineación de perfiles en acero HR C 5x2. Incluyó perforación, fijación con autoperforante.



Ilustración 13 instalación de perfil



Ilustración 14 instalación de perfil

8.8. Instalación de teja UPVC

Colocación de tejas UPVC sobre estructura metálica, asegurando estanqueidad y resistencia, fijación con tornillos autoperforantes.



Ilustración 15 instalación de teja UPVC



Ilustración 16 cubierta frontal en tena UPVC

8.9. Instalación de caballete UPVC

Instalación de caballetes en UPVC, fijación con tornillos autoperforantes.



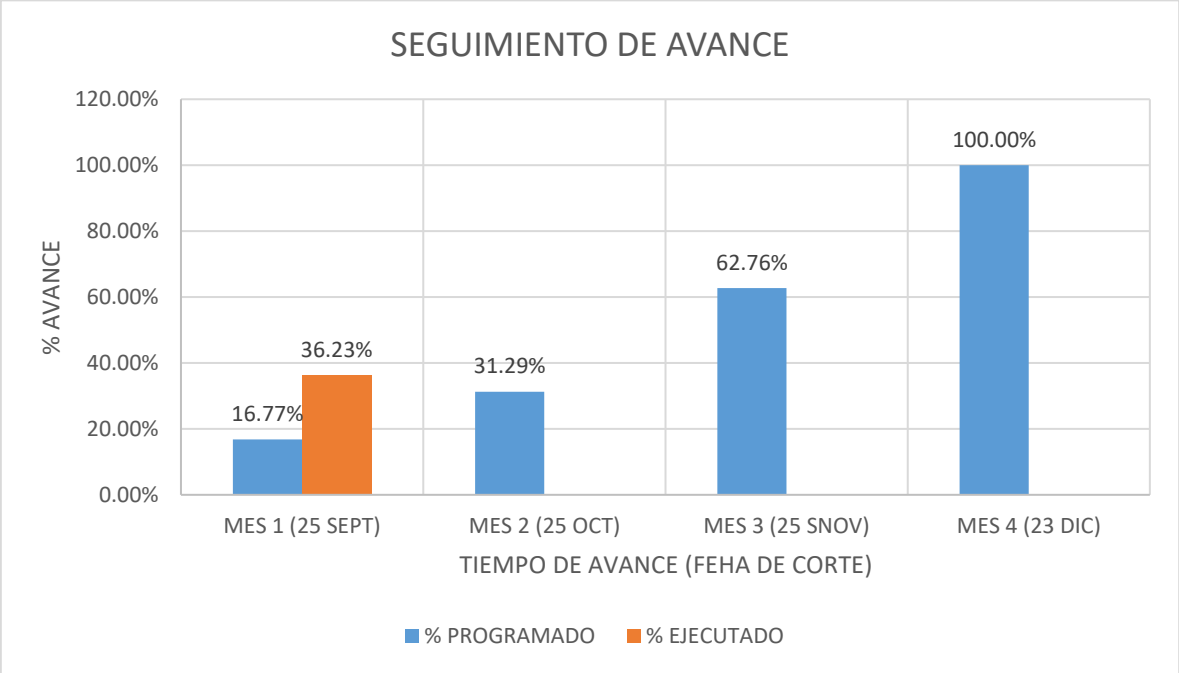
Ilustración 17 Caballete UPVC



Ilustración 18 Caballete UPVC

9. SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA Y AVANCE DE OBRA

Al corte de este informe, se encuentra ejecutada la totalidad de las actividades de preliminares y cubierta en el área de hospitalización. El avance corresponde al cumplimiento del cronograma pactado.



10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

El proyecto contó con personal calificado, debidamente afiliado a seguridad social y con certificación vigente en trabajo seguro en alturas conforme a la Resolución 4272 de 2021. Para el desarrollo de las actividades se dispuso de equipos, herramientas menores y escaleras.

Las condiciones climáticas fueron favorables y no generaron retrasos significativos.

En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo se garantizó el cumplimiento de protocolos de protección laboral, con uso obligatorio de elementos de protección personal tales como arnés de cuerpo completo con línea de vida, cascos, guantes, botas reforzadas y gafas de seguridad. Asimismo, se implementó la señalización preventiva en las áreas de intervención, la supervisión constante en campo y la verificación permanente de los equipos y líneas de vida temporales durante las labores de desmonte e instalación de cubiertas.

La bitácora de obra se mantuvo actualizada diariamente, registrando las actividades ejecutadas, las cantidades de obra y las observaciones de la interventoría.

11. METODOLOGÍA BIM

Para el control de la obra se implementa la metodología BIM (Building Information Modeling), promovida en Colombia bajo la Resolución 113 de 2021 del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. En este proyecto se desarrolla un modelo as-built en Autodesk Revit, en el cual se han incorporado, hasta la fecha, los elementos correspondientes a las actividades ejecutadas, tales como la estructura metálica instalada, la cubierta en teja UPVC con sus caballetes, las puertas, ventanas y demás componentes cuantificables.

Es importante resaltar que el modelo se encuentra en construcción permanente, de modo que, a medida que avanza la obra, se integran los nuevos elementos desarrollados en campo, permitiendo así mantener actualizado el registro digital. Del modelo se generan tablas de cantidades, cómputos de materiales y planos técnicos, los cuales sirven como soporte de las cantidades ejecutadas y constituyen parte de los entregables al contratante.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se completó con éxito la etapa inicial en el área de hospitalización, en cuanto al cambio de cubierta dejándola lista para la cuadrilla que abordara las actividades en piso.
2. Los elementos retirados (ventanas metálicas, puertas en madera y marcos metálicos) serán reemplazados por sistemas en aluminio, conforme al contrato, por lo cual en este momento se avanza en la fabricación de estos.
3. La adopción de la metodología BIM asegura control, trazabilidad y precisión en los cómputos.
4. El trabajo por etapas concertado con la Gerencia del Hospital permite garantizar la continuidad de los servicios médicos.
5. La obra avanza según el cronograma y sin retrasos significativos.

Elaboro
Residente de obra
Uriel adrian orrego velarde

Aprobo
Director de obra
Adrian Felipe Alvarado Sepulveda

ANEXO 1

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

ACTA DE COBRO PACIAL No 01

Objeto:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA	PROCESO No.	151 - 2025
		FECHA:	

ITEM	DESCRIPCION	UND	CANT.	VR. UNIT	VR.TOTAL	ACTA DE COBRO CANT.	ACTA DE COBRO VR.TOTAL	SALDO CANT.	SALDO VR.TOTAL
1	**1 PRELIMINARES**				**33,499,161.70**	**1 PRELIMINARES**		**1 PRELIMINARES**	
1.1	CERRAMIENTO TELA FIB.TEJIDA H=2.10M-SINB	M	50	25,300.00	1,265,000.00	29.59	$ 748,627.00	20.41	$ 516,373.00
1.2	DESM.MARCO + NAVE SENCILLA	UND	26	36,099.00	938,574.00	14.00	$ 505,386.00	12.00	$ 433,188.00
1.3	DESM.MARCO DOBLE + NAVE DOBLE	UND	5	90,687.00	453,435.00	3.00	$ 272,061.00	2.00	$ 181,374.00
1.4	DESM.VENTANA EXISTENTE	M2	28.96	28,263.00	818,496.48	26.51	$ 749,252.13	2.45	$ 69,244.35
1.5	DEMOL.ENCHAPE CERAMICO	M2	99.72	10,500.00	1,047,060.00	0.00	$ -	99.72	$ 1,047,060.00
1.6	DESM.CIELO FALSO ALUM-XXX	M2	231.8	6,217.00	1,441,100.60	0.00	$ -	231.80	$ 1,441,100.60
1.7	DEMOL.PISO ENCHAPE-BALDOSA+MORTERO	M2	88.19	10,050.00	886,309.50	0.00	$ -	88.19	$ 886,309.50
1.8	DEMOL.GUARDAESCOBA	M	440.94	4,551.00	2,006,717.94	0.00	$ -	440.94	$ 2,006,717.94
1.9	DESM.CUBIERTA TEJA BARRO	M2	967.74	7,991.00	7,733,210.34	558.74	$ 4,464,891.34	409.00	$ 3,268,319.00
1.1	DESM.CUBIERTA FIBRO CEMENTO	M2	967.74	8,000.00	7,741,920.00	558.74	$ 4,469,920.00	409.00	$ 3,272,000.00
1.11	RETIRO ACARREO MATERIAL VOLQUETA KILOM	M3K	2958.16	3,099.00	9,167,337.84	0.00	$ -	2,958.16	$ 9,167,337.84
	SUBTOTAL CAP. 1 1 PRELIMINARES:				**33,499,161.70**		**$ 11,210,137.47**		**$ 22,289,024.23**
2	**17 INSTALACIONES ELECTRICAS**				**16,469,946.00**	**17 INSTALACIONES ELECTRICAS**		**17 INSTALACIONES ELECTRICAS**	
2.1	PANEL LED 600X600CM 45-50W	UND	54	185,968.00	10,042,272.00	0.00	$ -	54.00	$ 10,042,272.00
2.2	SAL LAMP EMT	UND	54	119,031.00	6,427,674.00	0.00	$ -	54.00	$ 6,427,674.00
	SUBTOTAL CAP. 2 17 INSTALACIONES ELECTRICAS:				**16,469,946.00**		**$ -**		**$ 16,469,946.00**
3	**18 CUBIERTA**				**125,862,977.06**	**18 CUBIERTA**		**18 CUBIERTA**	
3.1	C.FALSO LAMINA PVC A=25CM E=10MM	M2	353.87	87,142.00	30,836,939.54	0.00	$ -	353.87	$ 30,836,939.54
3.2	PERFIL ABIERTO HR C 5x2" -1.5MM"	M	727.68	29,700.00	21,612,096.00	446.15	$ 13,250,655.00	281.53	$ 8,361,441.00
3.3	TEJA UPVC	M2	967.74	72,548.00	70,207,601.52	622.74	$ 45,178,541.52	345.00	$ 25,029,060.00
3.4	CABALLETE UPVC	M	45.48	70,500.00	3,206,340.00	20.99	$ 1,479,795.00	24.49	$ 1,726,545.00
	SUBTOTAL CAP. 3 18 CUBIERTA:				**125,862,977.06**		**$ 59,908,991.52**		**$ 65,953,985.54**
4	**19 REVESTIMIENTOS**				**15,000,337.86**	**19 REVESTIMIENTOS**		**19 REVESTIMIENTOS**	
4.1	REPELLO MEDIA CANA	M	440.94	34,019.00	15,000,337.86	0.00	$ -	440.94	$ 15,000,337.86
	SUBTOTAL CAP. 4 19 REVESTIMIENTOS:				**15,000,337.86**		**$ -**		**$ 15,000,337.86**
5	**20 PISOS**				**28,755,461.16**	**20 PISOS**		**20 PISOS**	
5.1	GUARDAESCOBA GRANITO 1/2 C + DIL. PLAST.	M	440.94	65,214.00	28,755,461.16	0.00	$ -	440.94	$ 28,755,461.16
	SUBTOTAL CAP. 5 20 PISOS:				**28,755,461.16**		**0.00**		**28,755,461.16**
6	**22 CARPINTERIA METALICA**				**79,025,676.22**	**22 CARPINTERIA METALICA**		**22 CARPINTERIA METALICA**	
6.1	MARCO ALUM. 0.81-1.00 M PEST C/LUCETA	UND	14	342,794.00	4,799,116.00	2.00	$ 685,588.00	12.00	$ 4,113,528.00
6.2	MARCO ALUM. 1.01-1.20 M PEST C/LUCETA	UND	12	418,944.00	5,027,328.00	12.00	$ 5,027,328.00	0.00	$ -
6.3	MARCO ALUM. 1.41-1.60 M LISO C/LUCETA	UND	4	588,906.00	2,355,624.00	3.00	$ 1,766,718.00	1.00	$ 588,906.00
6.4	INSTALACION MARCO ALUMINIO 0.70-1.00 M	UND	14	35,552.00	497,728.00	0.00	$ -	14.00	$ 497,728.00
6.5	INSTALACION MARCO ALUMINIO 1.01-1.50 M	UND	12	41,380.00	496,560.00	0.00	$ -	12.00	$ 496,560.00
6.6	INSTALACION MARCO ALUMINIO 1.51-2.00 M	UND	4	48,087.00	192,348.00	0.00	$ -	4.00	$ 192,348.00
6.7	NAVE ALUM.ENCHAPADA LLENA BAT.	M2	54.41	574,266.00	31,245,813.06	31.49	$ 18,083,636.34	22.92	$ 13,162,176.72
6.8	NAVE ALUM.ENTAMBORADA-VISOR VAI.	M2	13.97	726,992.00	10,156,078.24	9.72	$ 7,066,362.24	4.25	$ 3,089,716.00
6.9	INSTALACION NAVE ALUMINIO ENTAMB.VIDRIO	UND	4	34,274.00	137,096.00	0.00	$ -	4.00	$ 137,096.00
6.10	INSTALACION NAVE ALUMINIO ENTAMB.	UND	26	28,557.00	742,482.00	0.00	$ -	26.00	$ 742,482.00
6.11	MARCO ALUM. 2.01-2.20 M LISO C/LUCETA	UND	9	574,965.00	5,174,685.00	7.00	$ 4,024,755.00	2.00	$ 1,149,930.00
6.12	MARCO ALUM. 1.61-1.80 M PEST C/LUCETA	UND	1	535,176.00	535,176.00	1.00	$ 535,176.00	0.00	$ -
6.13	MARCO ALUM. 1.41-1.60 M LISO C/LUCETA	UND	1	588,906.00	588,906.00	1.00	$ 588,906.00	0.00	$ -
6.14	MARCO ALUM. 1.01-1.20 M PEST C/LUCETA	UND	2	418,944.00	837,888.00	1.00	$ 418,944.00	1.00	$ 418,944.00
6.15	INSTALACION MARCO ALUMINIO 1.01-1.50 M	UND	3	41,380.00	124,140.00	0.00	$ -	3.00	$ 124,140.00
6.16	INSTALACION MARCO ALUMINIO 1.51-2.00 M	UND	10	48,087.00	480,870.00	0.00	$ -	10.00	$ 480,870.00
6.17	VENTANA ALUM.CORREDIZA P.7-44 V-[OXO]	M2	28.96	431,702.00	12,502,089.92	26.51	$ 11,444,420.02	2.45	$ 1,057,669.90
6.18	INSTALACION VENTANA-LUCETA ALUMINIO	UND	12	46,709.00	560,508.00	0.00	$ -	12.00	$ 560,508.00
6.19	MANIJA ALUMINIO "OREJA DE BURRO"	UND	30	22,551.00	676,530.00	0.00	$ -	30.00	$ 676,530.00
6.20	CERRADURA BANO ALUMINIO	UND	30	63,157.00	1,894,710.00	0.00	$ -	30.00	$ 1,894,710.00
	SUBTOTAL CAP. 6 22 CARPINTERIA METALICA:				**79,025,676.22**		**49,641,833.60**		**29,383,842.62**
7	**24 DIVISIONES INTERIORES-EXTERIORES**				**937,729.50**	**24 DIVISIONES INTERIORES-EXTERIORES**		**24 DIVISIONES INTERIORES-**	
7.1	MURO 1-BOARD 10MM 1-PANEL 13MM	M2	5.8	136,922.00	794,147.60	0.00	$ -	5.80	$ 794,147.60
7.2	ESTRUC.MURO PANEL [CANAL-PARAL] 60MM C26	M2	2.9	49,511.00	143,581.90	0.00	$ -	2.90	$ 143,581.90
	SUBTOTAL CAP. 7 24 DIVISIONES INTERIORES-EXTERIORES:				**937,729.50**		**0.00**		**937,729.50**
8	**29 PINTURA**				**25,747,718.67**	**29 PINTURA**		**29 PINTURA**	
8.1	ESTUCO PLASTICO + RELLENO S/BLOQUE	M2	99.72	21,496.00	2,143,581.12	0.00	$ -	99.72	$ 2,143,581.12
8.2	RASQUETEADA-LIJADA-RESANE	M2	1145.35	4,781.00	5,475,918.35	0.00	$ -	1,145.35	$ 5,475,918.35
8.3	ACRILICA MURO [3M]	M2	1245.07	14,560.00	18,128,219.20	0.00	$ -	1,245.07	$ 18,128,219.20
	SUBTOTAL CAP. 8 29 PINTURA:				**25,747,718.67**		**0.00**		**25,747,718.67**
9	**31 LIMPIEZA-VARIOS**				**2,397,404.58**	**31 LIMPIEZA-VARIOS**		**31 LIMPIEZA-VARIOS**	
9.1	LIMPIEZA GENERAL	M2	834.17	2,874.00	2,397,404.58	0.00	$ -	834.17	$ 2,397,404.58
	SUBTOTAL CAP. 9 31 LIMPIEZA-VARIOS:				**2,397,404.58**		**0.00**		**2,397,404.58**

10	33 EQUIPO MAQUINARIA OBRA				5,642,268.24
10.1	CORTADORA DE PAVIMENTO DE 4 A 7 CM	M	881.88	6,398.00	5,642,268.24
	SUBTOTAL CAP. 10 33 EQUIPO MAQUINARIA OBRA:				5,642,268.24

33 EQUIPO MAQUINARIA OBRA	
0.00	$ -
	0.00

33 EQUIPO MAQUINARIA OBRA	
881.88	$ 5,642,268.24
	5,642,268.24

VALOR COSTOS DIRECTOS	333,338,680.99

VALOR COSTOS DIRECTOS	$ 120,760,962.59

VALOR COSTOS DIRECTOS	$ 212,577,718.40

COSTOS INDIRECTOS		
VALOR COSTOS DIRECTOS		333,338,680.99
ADMINISTRACION	26.50%	88,334,750.46
IMPREVISTOS	1.00%	3,333,386.81
UTILIDAD	6.00%	20,000,320.86
TOTAL AIU	33.50%	111,668,458.13
COSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS		445,007,139.12

COSTOS INDIRECTOS	
VALOR COSTOS DIRECTOS	$ 120,760,962.59
ADMINISTRACION	$ 32,001,655.09
IMPREVISTOS	$ 1,207,609.63
UTILIDAD	$ 7,245,657.76
TOTAL AIU	40,454,922.48
COSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS	161,215,885.07

COSTOS INDIRECTOS	
VALOR COSTOS DIRECTOS	$ 212,577,718.40
ADMINISTRACION	$ 56,333,095.37
IMPREVISTOS	$ 2,125,777.18
UTILIDAD	$ 12,754,663.10
TOTAL AIU	$ 71,213,535.65
COSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS	283,791,254.05

Contratista de obra

Consorcio hospital santa lucia
901979346-3
R/L. ADRIAN FELIPE ALVARADO SEPULVEDA
C.C. 6.446.359 de San Pedro, Valle
Cel. 318 642 4663

Interventoria

Construcciones Ingeniatech S.A.S
901799993-6
R/L. NICOLAS RESTREPO SANDOVAL
C.C. 1.062.331.459 de Santander de Qulichao, Cauca
Cel. 3016820730

Supervisor

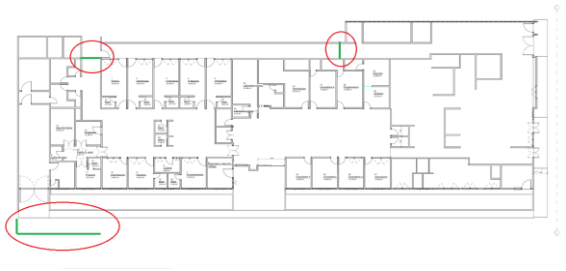
Hopital Santa Lucia E.S.E
Luis Alexander Loaiza Jaramillo
C.C. 94.192.804 de EL Dovio, Valle
Cel. 313 676 9323

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 1: 1 PRELIMINARES	ITEM 1.1: CERRAMIENTO TELA FIB.TEJIDA H=2.10M-SINB	UNIDAD:	ML
0		CANTIDAD:	29.59

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
FACHADA CIERRE DE MEDIO CARRIL	25.00				25.00	1.00	ML	25.00
PASILLO LAVANDERIA	2.47				2.47	1.00	ML	2.47
PASILLO POSTERIOR HOSPITALIZACION	2.12				2.12	1.00	ML	2.12
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	29.59



Observaciones:

Item Página 1 de 1

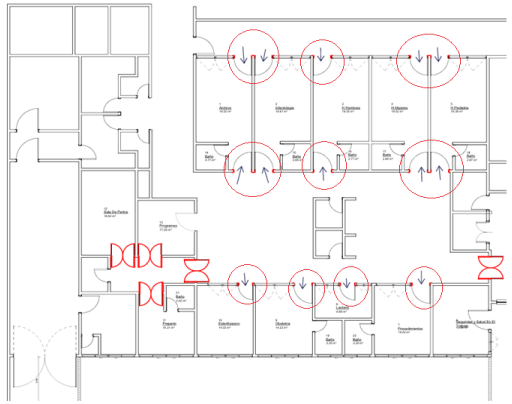
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 1: 1 PRELIMINARES	ITEM 1.2: DESM.MARCO + NAVE SENCILLA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	14.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT.				
ARCHIVO				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
INFECTOLOGIA				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
HOSPITALIZACIÓN H				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
HOSPITALIZACIÓN M				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
HOSPITALIZACIÓN P				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
ESTERILIZACIÓN				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
OBSTETRICIA				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
LACTARIO				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
PROCEDIMIENTOS				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	14.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

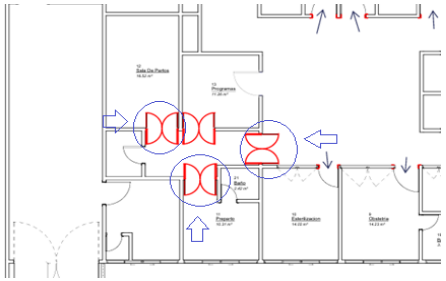
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA		

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 1: 1 PRELIMINARES	ITEM 1.3: DESM.MARCO DOBLE + NAVE DOBLE	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	3.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT.				
SALA PARTOS				3.00	3.00	1.00	UND	3.00
					-		UND	-
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	3.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

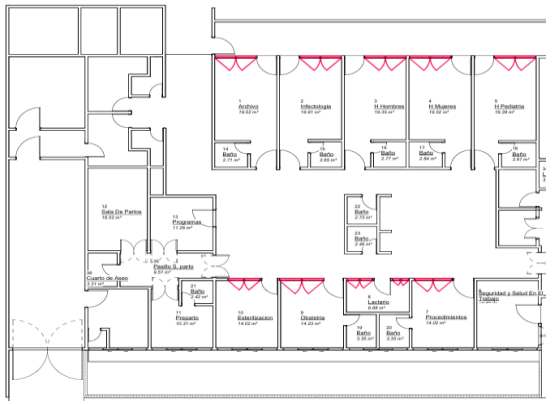
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 1: 1 PRELIMINARES	ITEM 1.4: DESM.VENTANA EXISTENTE	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	26.51

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
ARCHIVO	2.24		1.56		3.49	1.00	M2	3.49
INFECTOLOGIA	2.20		1.56		3.43	1.00	M2	3.43
HOSPITALIZACIÓN H	2.20		1.56		3.43	1.00	M2	3.43
HOSPITALIZACIÓN M	2.23		1.56		3.48	1.00	M2	3.48
HOSPITALIZACIÓN P	2.20		1.56		3.43	1.00	M2	3.43
ESTERILIZACIÓN	1.73		1.07		1.85	1.00	M2	1.85
OBSTETRICIA	2.25		1.07		2.41	1.00	M2	2.41
LACTARIO	2.43		1.07		2.60	1.00	M2	2.60
PROCEDIMIENTOS	2.23		1.07		2.39	1.00	M2	2.39
					-			
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	26.51



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

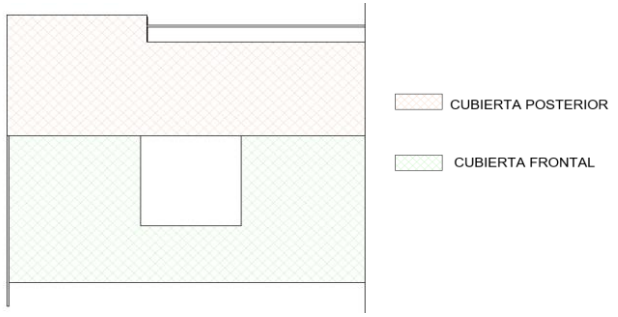
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA		

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 1: 1 PRELIMINARES	ITEM 1.9: DESM.CUBIERTA TEJA BARRO	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	558.74

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	Nº DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	ÁREA				
AREA DE HOSPITALIZACION - FRONTAL				301.49	301.49	1.00	M2	301.49
AREA DE HOSPITALIZACION - POSTERIOR				257.25	257.25	1.00	-	257.25
Aproxima Resultado a :				2 Decimales			TOTAL	558.74



Observaciones:

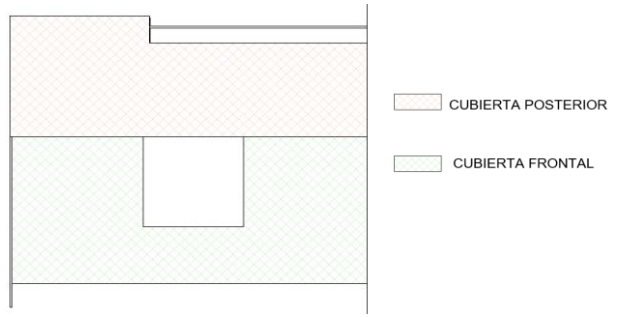
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 1: 1 PRELIMINARES	ITEM 1.10: DESM.CUBIERTA FIBRO CEMENTO	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	558.74

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	Nº DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
AREA DE HOSPITALIZACION - FRONTAL				301.49	301.49	1.00	M2	301.49
AREA DE HOSPITALIZACION - POSTERIOR				257.25	257.25	1.00	-	257.25
Aproxima Resultado a :				2 Decimales			TOTAL	558.74



Observaciones:

CONTRATISTA

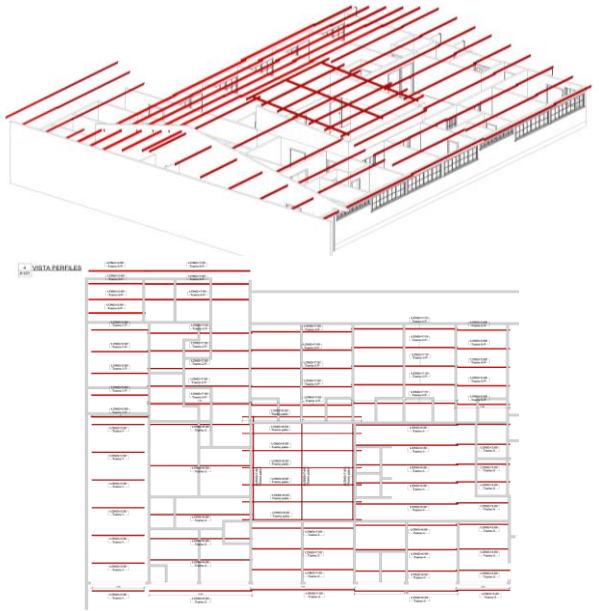
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 3: 18 CUBIERTA	ITEM 3.2: PERFIL ABIERTO HR C 5x2" -1.5MM"	UNIDAD:	ML
0		CANTIDAD:	446.15

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
TRAMO FRENTE A LA VIA								
TRAMO 1	3.50				3.50	7.00	ML	24.50
TRAMO 2	6.90				6.90	6.00	-	41.40
TRAMO 3	7.00				7.00	4.00	-	28.00
TRAMO 4	6.95				6.95	9.00	-	62.55
TRAMO 5	3.60				3.60	9.00	-	32.40
TRAMO POSTERIOR DEL HOSPITAL								
TRAMO 1 P	3.80				3.80	5.00	-	19.00
TRAMO 2 P	7.00				7.00	5.00	-	35.00
TRAMO 3 P	7.00				7.00	5.00	-	35.00
TRAMO 4 P	7.10				7.10	5.00	-	35.50
TRAMO 5 P	3.68				3.68	5.00	-	18.40
TRAMO 6 P	3.80				3.80	4.00	-	15.20
TRAMO 6 P	7.00				7.00	3.00	-	21.00
TRAMO DEL PATIO CENTRAL								
TRAMO PATIO TRANSVERSAL	8.00				8.00	7.00	-	56.00
TRAMO PATIOPERPENDICULAR	7.40				7.40	3.00	-	22.20
			Aproxima Resultado a :		2 Decimales		TOTAL	446.15



Observaciones: SE DETALLAN LAS CANTIDADES EN EL PLANO A101

CONTRATISTA

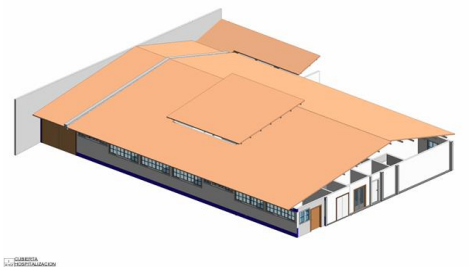
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA		

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 3: 18 CUBIERTA	ITEM 3.3: TEJA UPVC	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	622.74

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
AREA DE HOSPITALIZACION - FRONTAL				301.49	301.49	1.00	M2	301.49
AREA DE HOSPITALIZACION - PATIO				64.00	64.00	1.00	-	64.00
AREA DE HOSPITALIZACION - POSTERIOR				257.25	257.25	1.00	M2	257.25
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	622.74



Observaciones: SE DETALLAN LAS CANTIDADES EN EL PLANO A102

Item Página 1 de 1

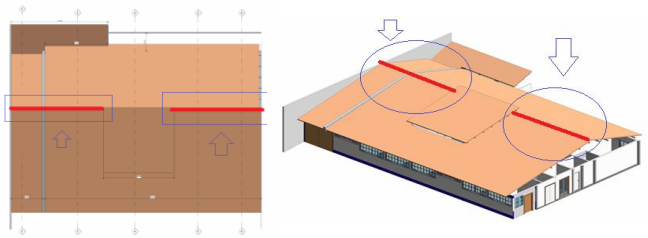
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 3: 18 CUBIERTA	ITEM 3.4: CABALLETE UPVC	UNIDAD:	ML
0		CANTIDAD:	20.99

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
LONGITUD	20.99				20.99	1.00	ML	20.99
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	20.99



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

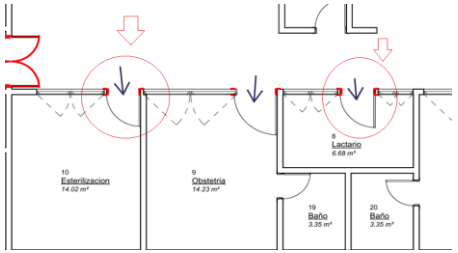
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.1: MARCO ALUM. 0.81-1.00 M PEST C/LUCETA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	2.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT.				
ESTERILIZACIÓN				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
LACTARIO				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
Aproxima Resultado a :				2 Decimales			TOTAL	2.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

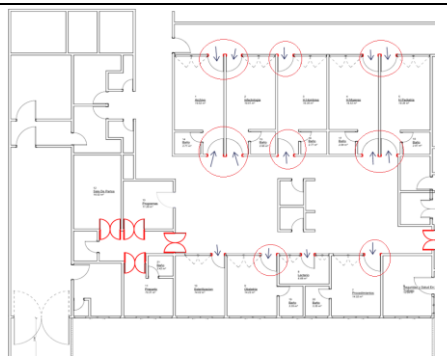
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.2: MARCO ALUM. 1.01-1.20 M PEST C/LUCETA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	12.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT.				
ARCHIVO				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
INFECTOLOGIA				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
HOSPITALIZACIÓN H				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
HOSPITALIZACIÓN M				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
HOSPITALIZACIÓN P				2.00	2.00	1.00	UND	2.00
OBSTETRIA				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
PROCEDIMIENTO				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
					-		UND	-
Aproxima Resultado a :				2 Decimales			TOTAL	12.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

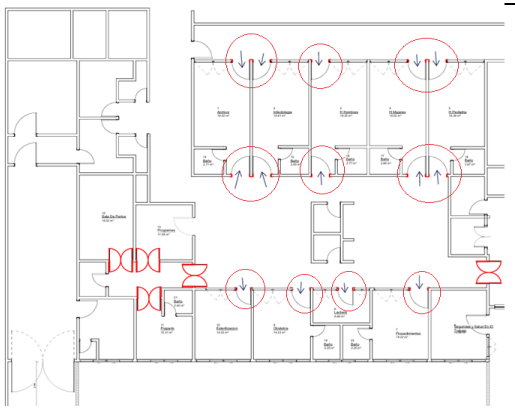
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.7: NAVE ALUM.ENCHAPADA LLENA BAT.	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	31.49

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
ARCHIVO	1.07		2.16		2.31	2.00	M2	4.62
INFECTOLOGIA	1.07		2.16		2.31	2.00	M2	4.62
HOSPITALIZACIÓN H	1.07		2.16		2.31	2.00	M2	4.62
HOSPITALIZACIÓN M	1.07		2.16		2.31	2.00	M2	4.62
HOSPITALIZACIÓN P	1.07		2.16		2.31	2.00	M2	4.62
ESTERILIZACIÓN	0.87		2.16		1.88	1.00	M2	1.88
OBSTETRICIA	1.07		2.16		2.31	1.00	M2	2.31
LACTARIO	0.87		2.16		1.88	1.00	M2	1.88
PROCEDIMIENTOS	1.07		2.16		2.31	1.00	M2	2.31
			Aproxima Resultado a :		2 Decimales		TOTAL	31.49



Observaciones:

Item Página 1 de 1

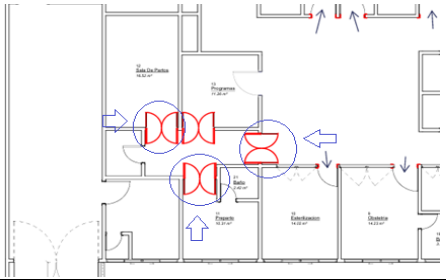
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.8: NAVE ALUM.ENTAMBORADA-VISOR VAI.	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	9.72

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT.				
SALA PARTOS	1.50		2.16		3.24	3.00	M2	9.72
			Aproxima Resultado a :		2 Decimales		TOTAL	9.72



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.11: MARCO ALUM. 2.01-2.20 M LISO C/LUCETA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	7.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	Nº DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT				
ARCHIVO				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
INYECTOLOGIA				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
HOSPITALIZACIÓN H				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
HOSPITALIZACIÓN M				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
HOSPITALIZACIÓN P				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
PROCEDIMIENTOS				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
OBSTETRICIA				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	7.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

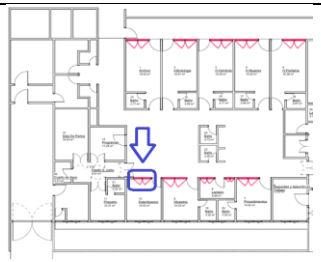
CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.12: MARCO ALUM. 1.61-1.80 M PEST C/LUCETA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	1.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	Nº DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT				
ESTERILIZACIÓN				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
Aproxima Resultado a : 2 Decimales							TOTAL	1.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

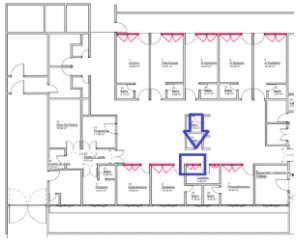
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.13: MARCO ALUM. 1.41-1.60 M LISO C/LUCETA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	1.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	Nº DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT.				
LACTARIO				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
			Aproxima Resultado a :		2 Decimales		TOTAL	1.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

Vo.Bo. INTERVENTOR

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.14: MARCO ALUM. 1.01-1.20 M PEST C/LUCETA	UNIDAD:	UND
0		CANTIDAD:	1.00

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	Nº DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	CANT				
LACTARIO				1.00	1.00	1.00	UND	1.00
			Aproxima Resultado a :		2 Decimales		TOTAL	1.00



Observaciones:

Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

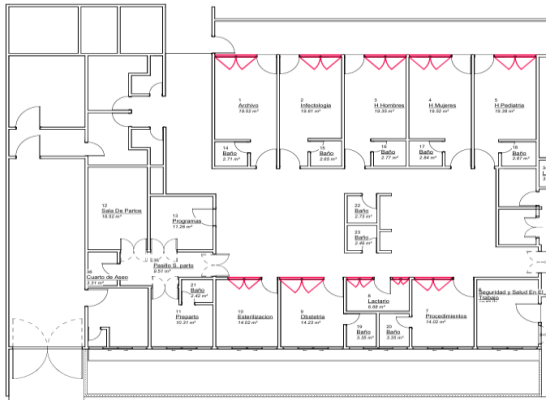
Vo.Bo. INTERVENTOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA			MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA	
OBRA:	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA			

MEMORIA DE CALCULO DE CANTIDADES DE OBRA

CAP. 6: 22 CARPINTERIA METALICA	ITEM 6.17: VENTANA ALUM.CORREDIZA P.7-44 V-[OXO]	UNIDAD:	M2
0		CANTIDAD:	26.51

AREA O LUGAR	DIMENSIONES				V. PARCIAL	N° DE ELEMENTOS	UNIDAD	TOTAL
	LONGITUD	ANCHO	ALTO	PESO				
ARCHIVO	2.24		1.56		3.49	1.00	M2	3.49
INFECTOLOGIA	2.20		1.56		3.43	1.00	M2	3.43
HOSPITALIZACIÓN H	2.20		1.56		3.43	1.00	M2	3.43
HOSPITALIZACIÓN M	2.23		1.56		3.48	1.00	M2	3.48
HOSPITALIZACIÓN P	2.20		1.56		3.43	1.00	M2	3.43
ESTERILIZACIÓN	1.73		1.07		1.85	1.00	M2	1.85
OBSTETRICIA	2.25		1.07		2.41	1.00	M2	2.41
LACTARIO	2.43		1.07		2.60	1.00	M2	2.60
PROCEDIMIENTOS	2.23		1.07		2.39	1.00	M2	2.39
			Aproxima Resultado a :		2 Decimales		TOTAL	26.51



Observaciones:

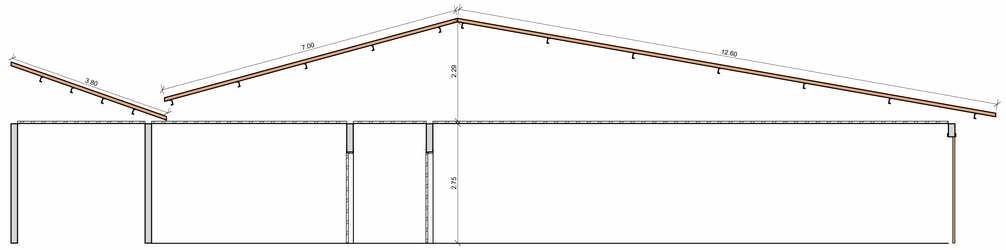
Item Página 1 de 1

CONTRATISTA

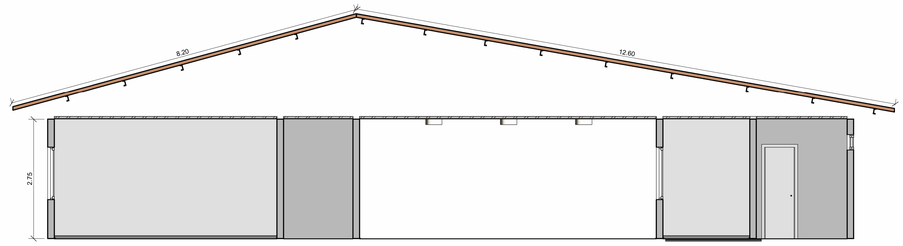
Vo.Bo. INTERVENTOR

ANEXO 2

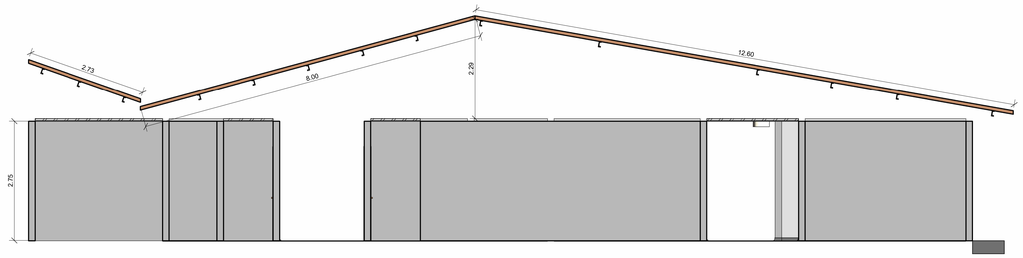
Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663



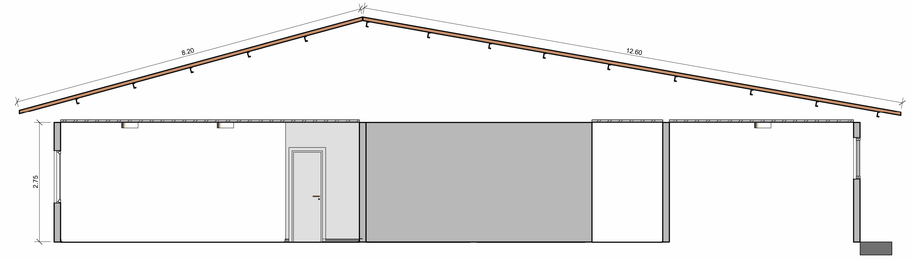
2 Sección 2
A102 1 : 50



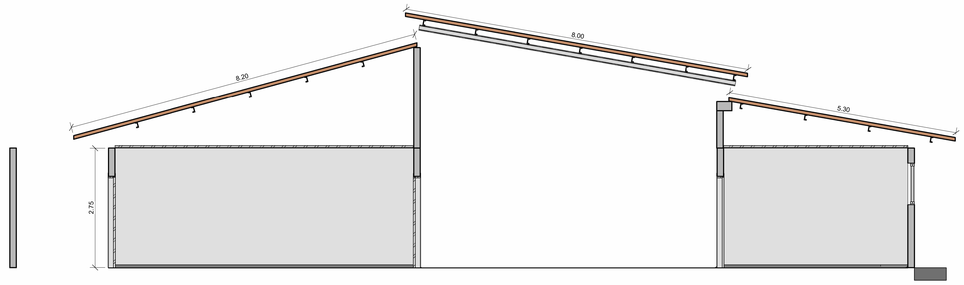
5 Sección 5
A102 1 : 50



3 Sección 3
A102 1 : 50



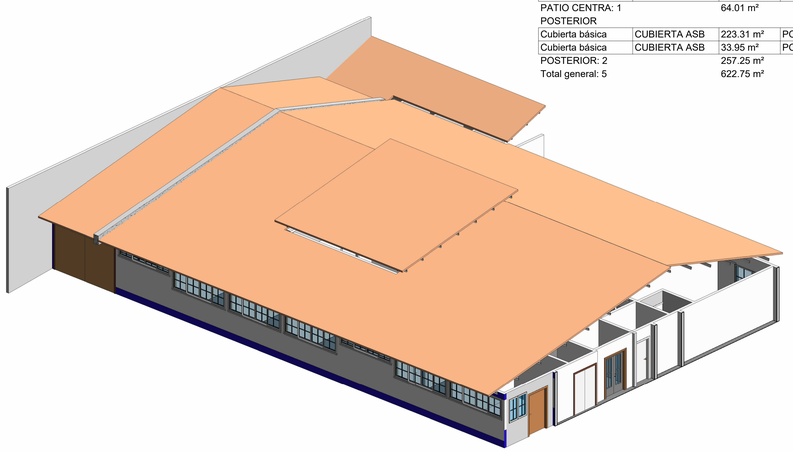
6 Sección 6
A102 1 : 50



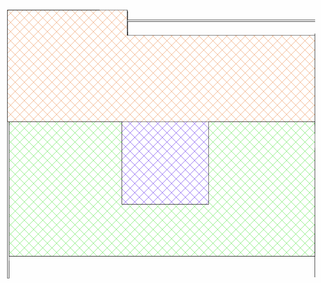
4 Sección 4
A102 1 : 50

Tabla de planificación de cubiertas

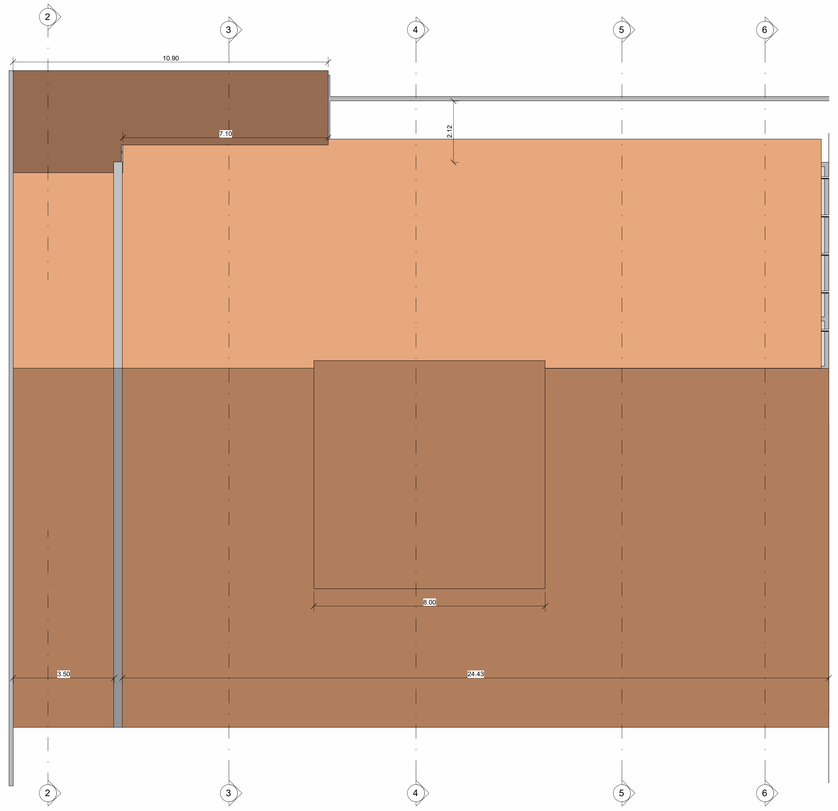
Familia	Tipo	Área	Comentarios
FRONTAL			
Cubierta básica	CUBIERTA ASB	257.39 m²	FRONTAL
Cubierta básica	CUBIERTA ASB	44.10 m²	FRONTAL
FRONTAL: 2		301.49 m²	
PATIO CENTRA			
Cubierta básica	CUBIERTA ASB	64.01 m²	PATIO CENTRA
PATIO CENTRA: 1		64.01 m²	
POSTERIOR			
Cubierta básica	CUBIERTA ASB	223.31 m²	POSTERIOR
Cubierta básica	CUBIERTA ASB	33.95 m²	POSTERIOR
POSTERIOR: 2		257.25 m²	
Total general: 5		622.75 m²	



1 CUBIERTA HOSPITALIZACION
A102



8 CUBIERTA ESQUEMA COLORES
A102 1" = 20'-0"



7 CUBIERTA PLANTA
A102 1 : 75

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

www.autodesk.com/revit

Nº	Descripción	Fecha

Adecuaciones Hospital Santa Lucia

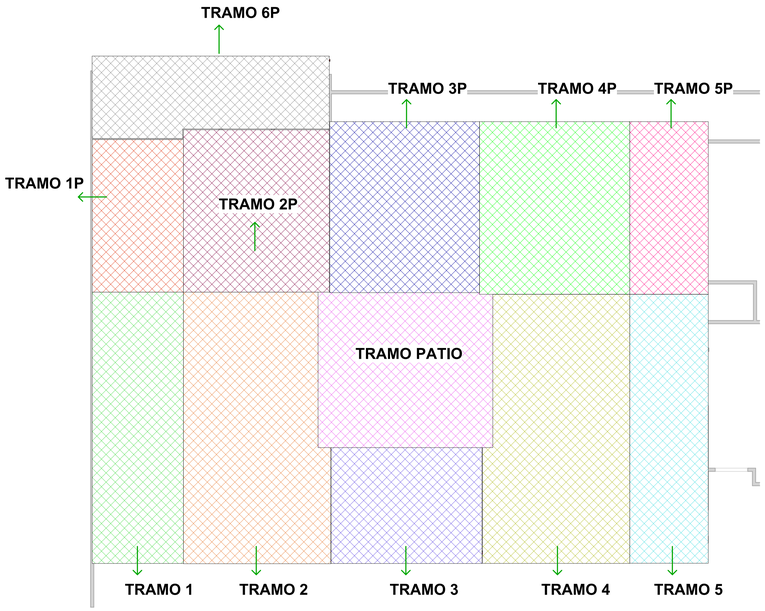
CUBIERTA

Número de proyecto	151-2025
Fecha	25/SEP/2025
Dibujado por	ADRIAN ORREGO
Comprobado por	ADRIAN ALVARADO

A102

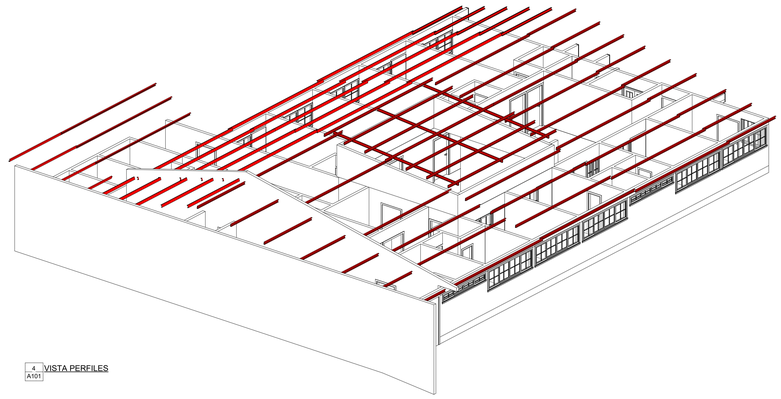
Escala: Como se indica

2/10/2025 10:17:40 a. m.

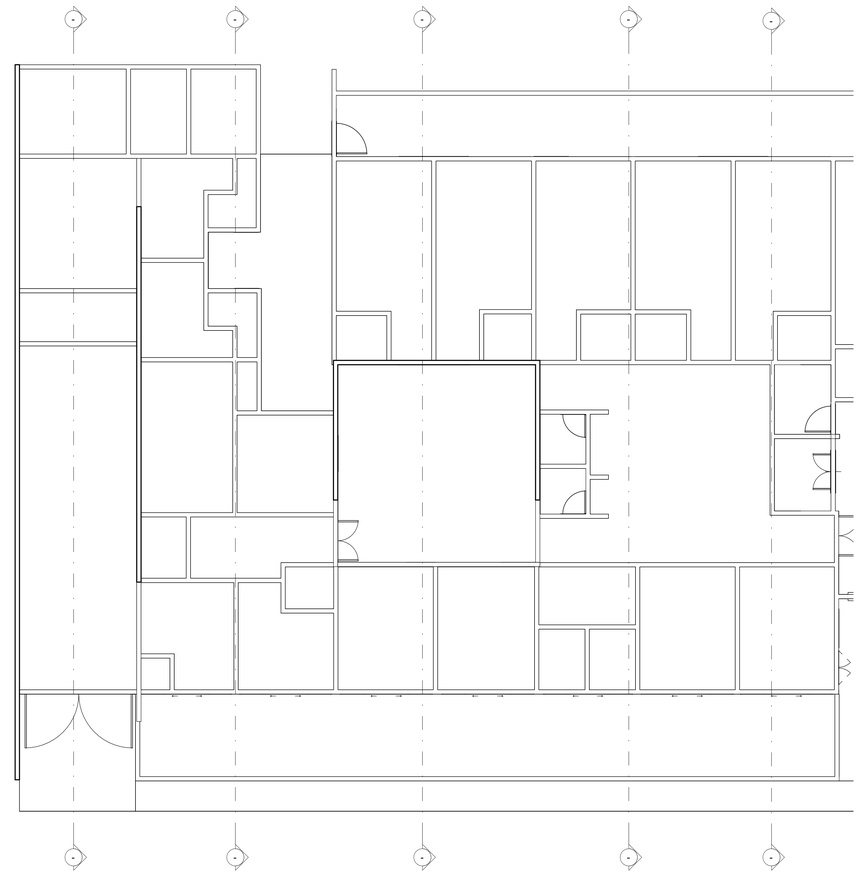


1 ESQUEMA DE RFILES
1 : 100

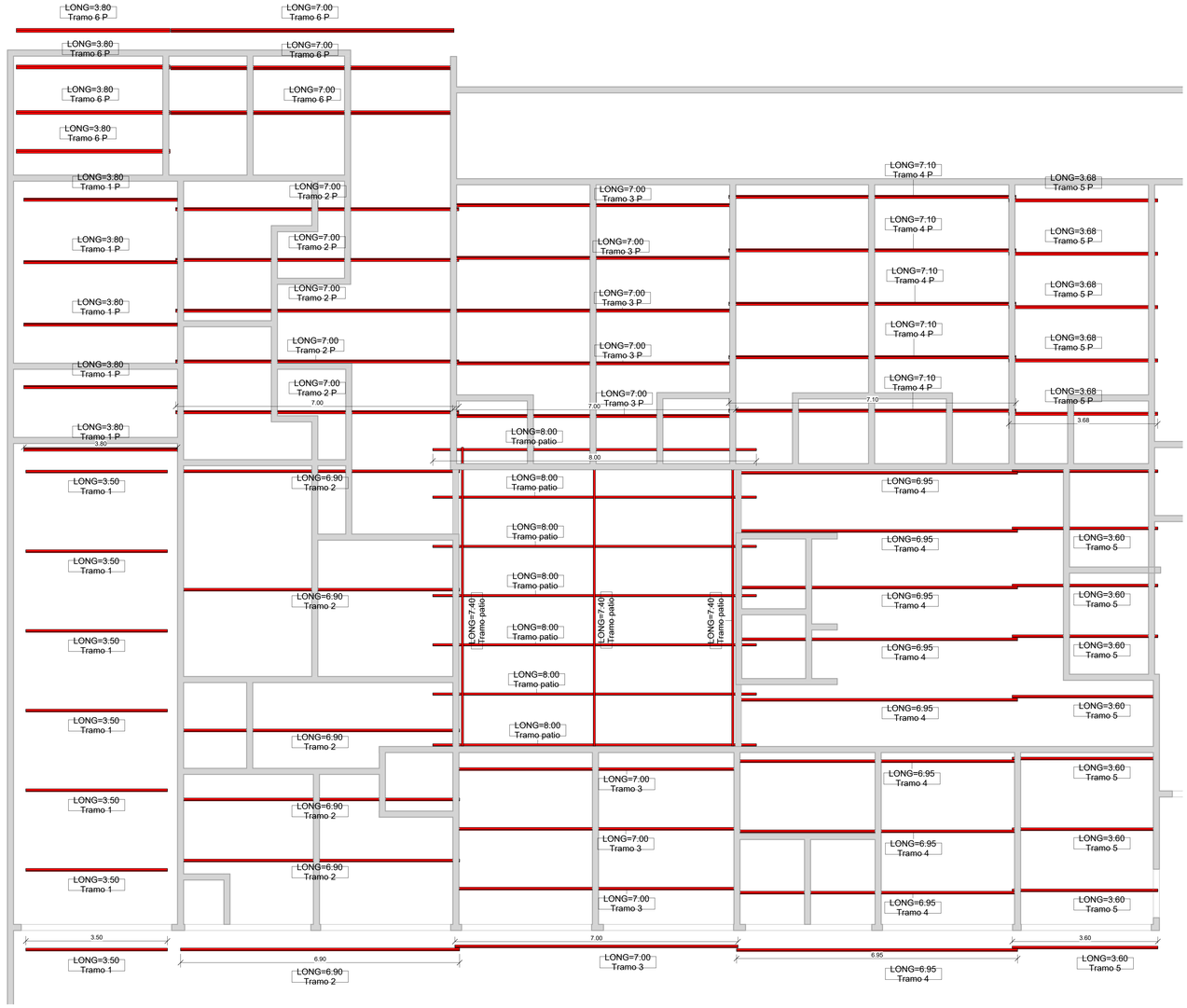
Tabla de Cuantificacion de perfiles				
Familia y tipo	Longitud	Estado de Intervencion	Comentarios	Recuento
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"				
Tramo 1				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	24.50	ok	Tramo 1	7
Tramo 1 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	19.00	ok	Tramo 1 P	5
Tramo 2				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	41.40	ok	Tramo 2	6
Tramo 2 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	35.00	ok	Tramo 2 P	5
Tramo 3				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	28.00	ok	Tramo 3	4
Tramo 3 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	35.00	ok	Tramo 3 P	5
Tramo 4				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	62.55	ok	Tramo 4	9
Tramo 4 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	35.50	ok	Tramo 4 P	5
Tramo 5				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	32.40	ok	Tramo 5	9
Tramo 5 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	18.40	ok	Tramo 5 P	5
Tramo 6 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	36.20	ok	Tramo 6 P	7
Tramo patio				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	78.20	ok	Tramo patio	10
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2": 77	446.15			77
Total general: 77	446.15			77



4 VISTA PERFILES
A101



3 Arquitectura
A101 1 : 75



2 PERFILES PLANO
A101 1 : 50

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

Nº	Descripción	Fecha

Adecuaciones Hospital Santa Lucia

PERFILES

Número de proyecto	151-2025
Fecha	25/SEP/2025
Dibujado por	ADRIAN ORREGO
Comprobado por	ADRIAN ALVARADO

A101

Escala: Como se indica

1/10/2025 10:55:57 a. m.

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 2.1

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

Tabla de planificación de armazones estructurales				
Familia y tipo	**Longitud (m)**	**Estado de Intervencion**	**Comentarios**	**Recuento**
Tramo 1				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.5	ok	Tramo 1	1
Tramo 1: 7	24.5			7
Tramo 1 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 1 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 1 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 1 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 1 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 1 P	1
Tramo 1 P: 5	19			5
Tramo 2				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.9	ok	Tramo 2	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.9	ok	Tramo 2	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.9	ok	Tramo 2	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.9	ok	Tramo 2	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.9	ok	Tramo 2	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.9	ok	Tramo 2	1
Tramo 2: 6	41.4			6
Tramo 2 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 2 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 2 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 2 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 2 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 2 P	1
Tramo 2 P: 5	35			5
Tramo 3				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3	1
Tramo 3: 4	28			4

Tabla de planificación de armazones estructurales				
Familia y tipo	**Longitud (m)**	**Estado de Intervencion**	**Comentarios**	**Recuento**
Tramo 3 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 3 P	1
Tramo 3 P: 5	35			5
Tramo 4				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	6.95	ok	Tramo 4	1
Tramo 4: 9	62.55			9
Tramo 4 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.1	ok	Tramo 4 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.1	ok	Tramo 4 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.1	ok	Tramo 4 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.1	ok	Tramo 4 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.1	ok	Tramo 4 P	1
Tramo 4 P: 5	35.5			5
Tramo 5				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.6	ok	Tramo 5	1
Tramo 5: 9	32.4			9
Tramo 5 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.68	ok	Tramo 5 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.68	ok	Tramo 5 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.68	ok	Tramo 5 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.68	ok	Tramo 5 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.68	ok	Tramo 5 P	1
Tramo 5 P: 5	18.4			5

Tabla de planificación de armazones estructurales				
Familia y tipo	**Longitud (m)**	**Estado de Intervencion**	**Comentarios**	**Recuento**
Tramo 6 P				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 6 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 6 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 6 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	3.8	ok	Tramo 6 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 6 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 6 P	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7	ok	Tramo 6 P	1
Tramo 6 P: 7	36.2			7
Tramo patio				
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.4	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.4	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	7.4	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2"	8	ok	Tramo patio	1
Tramo patio: 10	78.2			10
MC-Canal varios: PERFIL ABIERTO 5X2": 77	**446.15**			**77**
Total general: 77	**446.15**			**77**

ANEXO 3

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

Bitacora de Obra

Contrato de Obra N° 151-2025

Objeto: "Adecuaciones locativas Hospital Santa Lucia E.S.E. Municipio del Dovio, Valle del Cauca."

Contratista de Obra:

Consorcio Hospital Santa Lucia.
Nit: 901.979.346-3

Contratista de Interventoria:

Construcciones Ingeniatech S.A.S
Nit: 901.799.993-6

Powered by CamScanner

29/08/25

Siendo las 10:00 am se reunen en el hospital santa lucia E.S.E. el Director de obra, residente de obra, Profesional SST y por parte de la interventoria tanto el director como la profesional SST; para realizar el reconocimiento del estado actual de la infraestructura, identificando los posibles riesgos o imprevistos ademas de la definición de puntos de almacenamiento temporal de escombros, ubicación de los materiales y herramientas dentro de la obra. Tambien se identifico que el mobiliario aun se encuentra en el sitio, el cual será necesario el desalojo de este para el inicio de las actividades de obra. Por consiguiente, se realiza un comité de obra donde se consigna toda la información y el detalle de la misma

Fecha: Lunes 01/09/2025 clima: Soleado.
Sabado 13/09/2025

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoria, Profesional SISO

Actividades.: Durante el periodo comprendido del 01-Sept-2025 al 13-Sept-2025, las labores de obra estuvieron enfocadas principalmente en el almacenamiento y logistica inicial del proyecto. A lo largo de estos jornadas se adelantaron las siguientes acciones:

* Se gestionó la recepción de insumos y elementos constructivos necesarios para el inicio del proyecto, garantizando su transporte hasta el sitio de intervención y su correcta ubicación en áreas previamente definidas.
* Se realizaron actividades de organización, delimitación y preparación de las zonas a intervenir, asegurando condiciones de seguridad, accesibilidad y orden en el frente de obra.
* Con apoyo de la entidad se adelantó el desalojo de mobiliario y equipos que permanecían en los espacios de intervención, liberando así las áreas para dar inicio a las actividades constructivas
* Se establecieron puntos de acopio temporal de escombros, así como áreas destinadas al almacenamiento de materiales y herramientas, lo que permitió estructurar un esquema de trabajo seguro y ordenado.

En conclusión durante esta fase inicial la obra se concentró en labores logísticas, de preparación y organización, necesarias para garantizar un inicio ordenado y seguro de las actividades constructivas, especialmente la actividad de obras

Fecha: lunes 15/09/2025 Clima: Soleado

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente, interventoría profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Desmonte de teja de barro y fibrocemento existente en cubierta.
* Instalación de estructura metálica de soporte para cubierta.
* Instalación de Teja UPVC
* Limpieza general del área de trabajo y disposición de escombros.

Observaciones:

- Se avanza con el retiro de cubierta en mal estado y se habilita la franja 1 para la instalación de la nueva estructura metalica y teja UPVC.

Fecha: martes 16/09/2025 Clima: Soleado a parcialmente nublado

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoría profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Continuación de desmonte de teja de barro y fibrocemento (Franja 2)
* Instalación de estructura metálica
* Instalación de Teja UPVC.
* Limpieza gruesa y disposición de material sobrante.

Observaciones:

- Se presenta avance significativo tanto en estructura metalica como tambien en la instalacion de Teja UPVC.

Fecha: Miercoles 17/09/2025. Clima: Soleado.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoria. profesional SISO

Actividades desarrolladas:

* Continuación de desmonte de teja de barro, al igual que la teja fibrocemento
* Instalación de estructura metalica (Franja 3)
* Instalación de teja UPVC. y su respectivo caballete.
* Limpieza y organización del area.

Observaciones:

- Se realizaran adecuaciones adicionales para empalme estructural, en el sector cercano al patio de luz, asegurando estabilidad y rigidez a la estructura.
- Se realiza charla informativa por parte del personal SST del Hospital Santa Lucia.

Fecha: Jueves 18/09/2025 Clima: Nublado - Lluvias intermitentes.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoria, profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Retiro de teja de barro y fibrocemento.
* Instalacion de perfiles metalicos
* Montaje limitado de teja UPVC (Franja 4)
* Limpieza general del área de trabajo.

Observaciones:

- La jornada estuvo limitada por condiciones climaticas, reduciendo el ritmo de trabajo y afectando las actividades correspondiente a la cubierta.

Fecha: Viernes 19/09/2025 clima: Soleado.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoría, profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Desmonte teja de barro y fibrocemento.
* Instalación de estructura metálica.
* Avance en la instalación de teja UPVC (continuidad Franja 4 y Franja 5)
* Limpieza y disposición de material.

Observaciones:

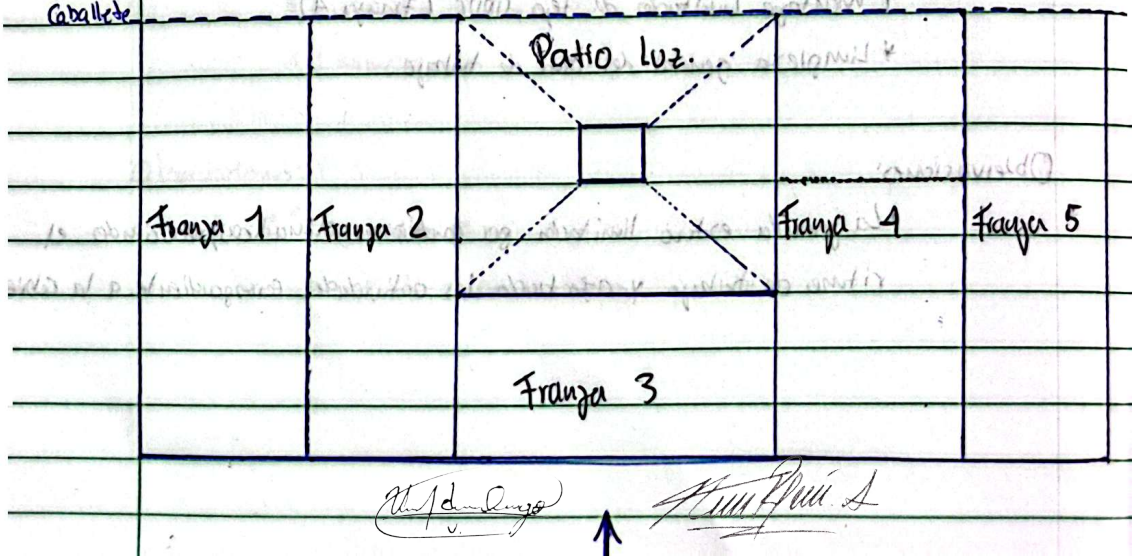
- Se completo el desmonte e instalación de cubierta en la franja 4 y se retomó con buen ritmo la instalación de cubierta en la franja 5, logrando cubrir gran parte del modulo frontal de la cubierta.

Fecha: Sabado 20/09/2025. Clima: Soleado.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoría, profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Instalación de estructura metálica (Patio de luz).
* Limpieza general del area de trabajo y disposición de escombros.



Fecha: Lunes 22/09/2025 Clima: Soleado.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoría, profesional SISO

Actividades desarrolladas:

* Se inicia desmonte de teja de barro y fibrocemento en el modulo posterior de la cubierta. (Franja 1)
* Instalación de perfilería estructural para soporte de cubierta.
* Inicio de montaje de teja UPVC en el modulo contiguo
* Limpieza general.

Observaciones:

- Se trabajó en sectores laterales con desmonte y avance en estructura, iniciando la instalación de cubierta en nuevas áreas.

Fecha: Martes 23/09/2025. Clima: Soleado.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoría, profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Continuación de desmonte de teja de barro y teja fibrocemento.
* Montaje de perfilería estructural metálica. (Franja 2)
* Instalación progresiva de teja UPVC. con su respectivo caballete.
* Limpieza y disposición de residuos

Observaciones:

- El día permitió progresar con normalidad, aumentando la superficie cubierta con teja UPVC.

Powered by CamScanner

Fecha: Miercoles 24/09/2025 Clima: Soleado.

Personal en actividad: Maestro, ayudante, residente de obra, residente interventoria, profesional SISO

Actividades desarrolladas:

*Desmonte teja de barro y fibrocemento.
*Instalacion de estructura metalica.
*Instalación de teja UPVC. (Franja 3)
*Limpieza y organización.

Observaciones:

• Se logró un progreso relevante en la instalacion de estructura metalica, al igual que la instalacion de la teja UPVC.

Fecha: Jueves 25/09/2025 Clima: Nublado.

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente interventoria, profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

*Desmonte de teja de barro y teja fibrocemento (Franja 4)
*montaje estructura metalica.
*Instalacion teja UPVC (Franja 4 y Patio luz).
*Limpieza general del area de trabajo.

Observaciones:

• Se presentan retrasos menores debido a condiciones climaticas, sin impacto relevante en el cronograma.

Fecha: Viernes 26/09/2025. Clima: Soleado.

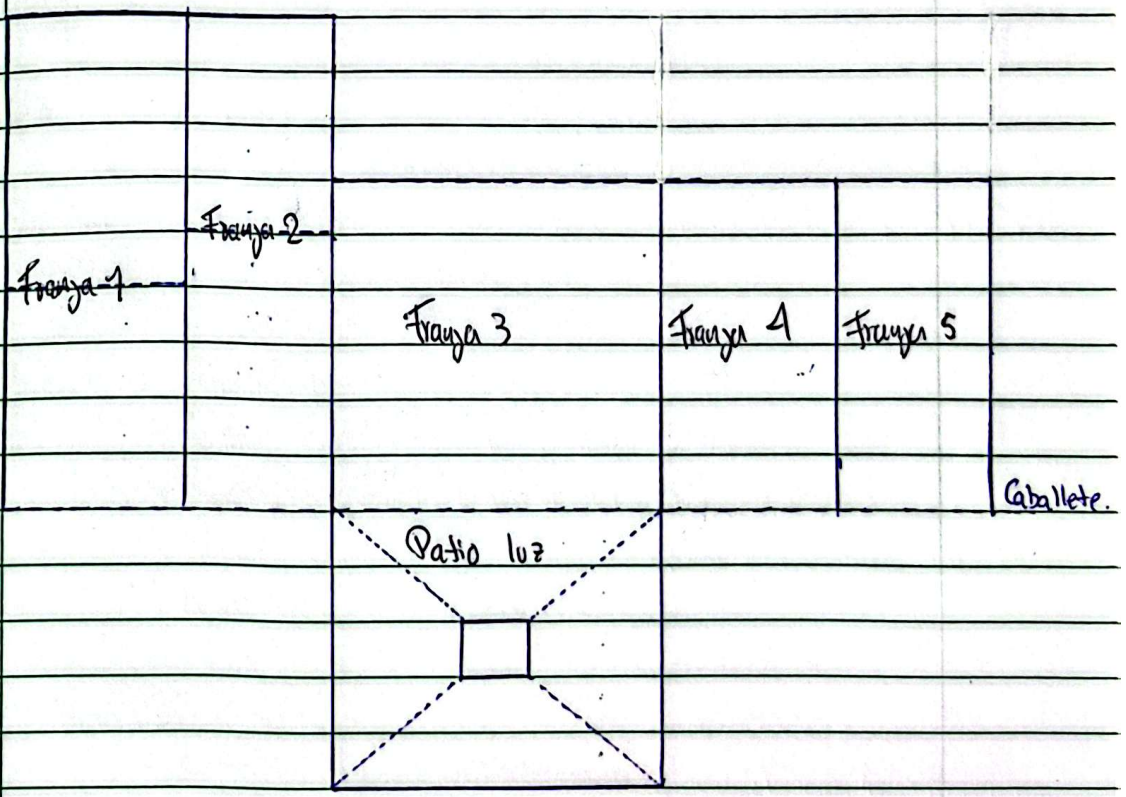
Personal en actividad: Maestro, ayudante, residente de obra, residente interventoría, profesional SISO.

Actividades desarrolladas:

* Desmonte de teja de barro y fibrocemento.
* Instalación perfilería estructural
* Culminación instalación de teja UPVC en la fase 1, programada. (modulo frontal y modulo posterior). y la totalidad de caballete.
* Limpieza general del area del trabajo y disposición de escombros.

Observaciones:

- Obra en etapa intermedia de instalación de cubierta total, con la totalidad del desmonte de la teja tanto de barro como de fibrocemento y su correspondiente estructura metalica instalada.



Fecha: Sabado 27/09/2025 Clima: Soleado

Personal en actividad: Maestro, ayudantes, residente de obra, residente instructor profesional SIVO.

Actividades desarrolladas:

* Desmonte de marco de nave sencilla.
* Desmonte de marcos de naves dobles.
* Desmonte traberia existente.

Observaciones:

- Se realizó el desmonte de carpinteria metalica en muros y traberia, liberando los vanos estructurales para posteriores adecuaciones.

ANEXO 4

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

Medellín, 12 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C4783602	MUÑOZ PINEDA GUSTAVO	15/09/2025		16322617	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 12/09/2025 13:24:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1059062626	PEREZ PENAGOS ELSA LORENA	16/09/2025		18416518	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/09/2025 16:22:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C6402278	OSORIO RODRIGUEZ JAIME	15/09/2025		226221r2	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 12/09/2025 13:18:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1113675690	ORREGO VELARDE URIEL ADRIAN	16/09/2025		147u2112	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/09/2025 15:56:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, 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
C1006218438	VARGAS UCECHE JOHAN ALEJANDRO	15/09/2025		20122013	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:C64463592525547601

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 12/09/2025 13:13:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, 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
C1112227726	OSORIO FRANCO JAIME IVAN	15/09/2025		24317Ct2	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:C64463592525547606

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 12/09/2025 13:13:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, 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
C94304710	MUÑOZ MOLINA GUSTAVO HERNAN	15/09/2025		96463623	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:C64463592525547187

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 12/09/2025 13:06:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	17/09/2025

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☑

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: X VARGAS	Segundo Apellido: X UCECHE	Primer Nombre: X JOHAN	Segundo Nombre: X ALEJANDRO

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
X CC	X 1.006.218.438	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	X COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	X COLOMBIA	Departamento	X VALLE	Municipio	X PRADERA	X 24/07/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
N/A	N/A	Si ☐ No ☑ Categoría de la discapacidad: N/A	Si ☐ No ☑	Nivel: N/A Grupo: N/A	N/A

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
X SURA	X PORVENIR	X 1.423.500	

26. Residencia			
X CALLE 12 19 104 (Dirección)	X Teléfono Fijo	X 3155444834 (Celular)	X JOHANALEJANDRO20@GMAIL.C

X VALLE (Departamento)	X PRADERA (Municipio/Distrito)	X B/COMUNEROS (Localidad/Comuna)	Zona: Cabecera municipal ☐ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico.	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	

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 Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación					41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

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	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	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 disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	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		

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
X CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	X NIT	X 901979346 -3	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
X Dirección: CL 7 8 57	X Teléfono: 3186424663	X Correo Electrónico: consorciohospitalsantalucia@gmail.com	X Departamento: VALLE	X Municipio/Distrito: PRADERA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción 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 relación laboral o perdida de 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 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 de documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	x DD / MM / AAAA 15/09/2025	Código:	

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
- ☑ **73.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☑ **74.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ **75.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☑ **76.** Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del 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 de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

x Alejandro Vargas	x
Nombre completo del cotizante **80.** El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	Nombre completo de la persona que solicita la afiliación **81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de Indentidad anexos CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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 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 de oficio.

Total Anexos ☐

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 de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:

CANTIDAD USUARIOS:

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

SOS Servicio Occidental de Salud EN INTERVENCIÓN	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 3 Fecha de actualización: 26/05/2025

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	Código Asesor	2209	Sucursal	005	Ciudad/Municipio	ZARZAL

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI [✓] NO [ ]

Correo Electrónico: x consorciohospitalsantalucia@gmail.com

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✓	
2. ¿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?	✓	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✓	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✓	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI [✓] NO [ ]

Firma del Cotizante : x Alejandro Vargas

C.C. N° x 1.006.218.438

Declaración de Convivencia

Nosotros_____ y _____

identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/10/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9359556	01/10/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1059062626	ELSALORENA PEREZ PENAGOS	1423500	PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA HIGIENE	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Octubre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/10/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9359543	01/10/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1113675690	URIELADRIAN ORREGO VELARDE	3300000	INGENIERO CIVIL	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Octubre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/09/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9342748	26/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4783602	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/09/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9342735	26/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1112227726	JAIMEIVAN OSORIO FRANCO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/09/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9342740	26/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	6402278	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Bogotá, 25/09/2025

Señor(a)
GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA
C – 94304710

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4015523649
Fecha Radicación: 09/19/2025

Apreciado afiliado:

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

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA N 901979346, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

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

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	C	12/05/1979	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 10/19/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 7 8 CA 57
Dirección Laboral: CL 7 8 CA 57
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 09/15/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901352822	6	GIPROC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 7 8 57 2P	PRADERA-VALLE	2841303	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1781762141	9491828411	E	2025/09/05	2025/09/16	BANCOLOMBIA	11	$7,733,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (13 Afiliados)						$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (13 Afiliados)						$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0
Ciudad: PRADERA Depto: VALLE (13 Afiliados)						$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0
1	CC	6446359	ALVARADO ADRIAN	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS010	30	$4,000,000	$160,000	CCF57	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0
2	CC	1113979869	ALVAREZ ELBER	230301	27	$1,281,150	$205,000	ESSC18	27	$1,281,150	$51,300	CCF57	27	$1,281,150	$51,300	14-23	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
3	CC	1144201183	CALERO CATALINA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	PT	6005429	CANARIO ARMANDO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	1112227005	CASTAÑO CRISTHIAN	230201	27	$1,281,150	$205,000	EPS037	27	$1,281,150	$51,300	CCF57	27	$1,281,150	$51,300	14-23	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
6	CC	6406305	CASTAÑO YEISON	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	PT	6837934	CASTELLANOS WILLIAN	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
8	PT	4905874	CHIRINOS HECTOR	25-14	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1112227217	DIAZ MANUEL	230201	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
10	CC	1113675690	ORREGO URIEL	230301	30	$3,600,000	$576,000	EPS037	30	$3,600,000	$144,000	CCF57	30	$3,600,000	$144,000	14-23	30	$3,600,000	$250,600	30	$0	$0
11	CC	1059062626	PEREZ ELSA	25-14	30	$3,250,000	$520,000	EPS037	30	$3,250,000	$130,000	CCF57	30	$3,250,000	$130,000	14-23	30	$3,250,000	$226,200	30	$0	$0
12	PT	6514680	SUAREZ ELIXON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
13	CC	1112038471	YANDE JHONNIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(13)**			$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0

2025/09/16 04:04 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901352822	6	GIPROC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 7 8 57 2P	PRADERA-VALLE	2841303	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1781762141	9491828411	E	2025/09/05	2025/09/16	BANCOLOMBIA	11	$7,733,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				13	$3,968,400	$27,600	$0	$3,996,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$2,071,200	$14,400	$0	$2,085,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,464,400	$10,200	$0	$1,474,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$432,800	$3,000	$0	$435,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$1,726,400	$12,000	$0	$1,738,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	13	$1,726,400	$12,000	$0	$1,738,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$992,600	$6,900	$0	$999,500
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	13	$992,600	$6,900	$0	$999,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				13	$992,600	$7,100	$0	$999,700
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	5	$279,300	$2,000	$0	$281,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$160,000	$1,200	$0	$161,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$439,300	$3,100	$0	$442,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
TOTAL				13	$7,680,000	$53,600	$0	$7,733,600

ANEXO 5

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

INFORME MENSUAL 1

SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO DE OBRA

No. 151-2025

CONTRATISTA DE OBRA

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

NIT 901.979.346-3

CONTRATISTA DE INTERVENTORIA

INGENIATECH. SAS

PERIODO DE EJECUCION DEL 15 AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2025

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

Contenido

1. INTRODUCCION 4

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 4

2. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 4

3. SEGUIMIENTO A LA AFILIACIÓN Y APORTE OPORTUNO AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES 5

4. SEGUIMIENTO AL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 5

5. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES 6

6. SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS 6

7. SEGUIMIENTO A LA INSPECCION DE HERRAMIENTA MENOR 7

8. SEGUIMIENTO AL KIT DE EMERGENCIAS 7

9. ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA 8

10. ANALISIS DE TRABAJO SEGURO 8

11. SEGUIMIENTO AL REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES 9

13. CONCLUSIONES DEL PORFESIONAL SST 9

14. RECOMENDACIONES DEL PORFESIONAL SST 10

TABLA DE ILUSTRACIONES

Figure 1 trabajadores usando EPP. 5
Figure 2 Trabajadores recibiendo charlas y capacitaciones. 6
Figure 3 Pausas activas. 6
Figure 4 inspección de herramienta 7
Figure 5 kit de emergencias..... 7
figura 6 señalización.....8

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

1. INTRODUCCION

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El informe de SST permite que los empleadores desarrollen un proceso lógico, basado en la mejora continua, con el objetivo de gestionar los peligros y riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud de sus trabajadores.

Teniendo en cuenta la importancia de prevenir las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo a los cuales están expuestos los trabajadores, el SG- SST es una herramienta simple que permite desarrollar de manera organizada, las fases de la seguridad y salud en el trabajo para toda empresa dentro del territorio colombiano.

objetivo de actividades de seguridad y salud en el trabajo

Garantizar un ambiente de trabajo seguro, a través de la prevención de accidentes y enfermedades laborales en los trabajadores, mediante el control de los peligros y riesgos propios de sus actividades, el desarrollo de actividades de promoción y prevención, la mejora continua, y el cumplimiento a la normatividad vigente de riesgos laborales.

objetivos específicos

- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos, además de establecer los controles necesarios.
- Proteger la seguridad y salud en todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la organización.
- Cumplir con la normativa nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

2. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El plan de trabajo para el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra establecido en el Artículo 2.2.4.6.8. Titulo 4 Capitulo 6 Decreto 1072/2015.

Toda empresa está obligada a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente el Plan de Trabajo en SST: Debe diseñar y desarrollar un plan de trabajo anual para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos en el Sistema de Gestión. el cual debe identificar claramente metas, responsabilidades, recursos y actividades.

Con base a esto se genera un cronograma con las necesidades en los tiempos del presente contrato. ver **ANEXO 1**.

3. SEGUIMIENTO A LA AFILIACIÓN Y APORTE OPORTUNO AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

El Sistema General de Riesgos Laborales articula el sistema de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales a través de planes de salud ocupacional y prevención de riesgos al tiempo de atender los siniestros laborales por medio de las prestaciones de subsidio por incapacidad, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez y pensión de sobrevivientes.

Se adjuntan las planillas correspondientes al periodo. ver **ANEXO 2**.

4. SEGUIMIENTO AL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Los Elementos de Protección Personal (EPP) tienen como función principal proteger diferentes partes del cuerpo, para evitar que un trabajador tenga contacto directo con factores de riesgo que le pueden ocasionar una lesión o enfermedad, no evitan el accidente o el contacto con elementos agresivos, pero ayudan a que la lesión sea menos grave.

Se adjunta formato de entrega de EPP. Ver **ANEXO 3.**



Figura 1 Entrega de EPP.

5. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

El objetivo de brindar capacitaciones al personal que labora en la obra, es propiciar una cultura de prevención y autocuidado, para preservar la salud de los trabajadores.

Se adjunta el cronograma de capacitaciones con sus respectivos formatos de asistencia de capacitaciones, ver **ANEXO 4.**





Figura 2 Trabajadores recibiendo charlas y capacitaciones.

6. SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS

En cada visita se realiza pausas activas, de duración máxima de 5 minutos, estas con el ánimo de activar al personal, prevenir lesiones y enfermedades generadas por malas posturas.

Se adjuntan los registros de asistencia y pausas activas, ver **ANEXO 5.**





Figura 3 Pausas activas.

7. SEGUIMIENTO A LA INSPECCION DE HERRAMIENTA MENOR

Durante el periodo se realizó entrevistas a los trabajadores, sobre el uso y estado de las herramientas. Se recomienda inspeccionar diariamente antes de realizar cada actividad, y reportar fallas y mal funcionamiento.

Se adjuntan formatos de inspección de herramienta, ver **ANEXO 6**.




Figura 4 inspección de herramienta

8. SEGUIMIENTO AL KIT DE EMERGENCIAS

La existencia de los componentes del kit de emergencias es muy importante, porque son necesario a la hora de prestar los primeros auxilios (iniciales) en caso de presentase algún suceso repentino. Es por eso que se realiza el seguimiento para garantizar que se encuentren en buen estado. Estos se encuentran ubicados en un lugar visible de la obra y por la parte administrativa en la oficina.

Se adjunta formatos de inspección de botiquín y extintores, ver **ANEXO 7.**






Figura 5 kit de emergencias

9. ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Al inicio de cada obra se actualiza la encuesta sociodemográfica, esta es una herramienta que permite recolectar información general sobre un grupo de personas en específico, con el fin de tener a disposición la información base del personal que se encuentra laborando en el presente contrato.

Se adjunta formato de encuesta sociodemográfica, ver **ANEXO 8.**

10. ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Se realiza en campo el análisis de trabajo seguro, esta técnica se basa en identificar, en el mismo lugar de trabajo y con los propios trabajadores, los peligros a los que están expuestos al realizar su labor diaria. Tiene como objetivo analizar cada una de las actividades que realizan los trabajadores en el día, arrojando así los posibles riesgos y la forma de hacerles frente a cada uno.

10.1. PERMISOS DE TRABAJO

Una vez diligenciado el ATS se procedo a realizar El permiso de trabajo en alturas y de trabajos en caliente siendo estos un mecanismo administrativo que se utiliza para prevenir accidentes y lesiones en trabajos que se realizan a alturas y en caliente, cuyos objetivos son:

- Verificar y controlar los aspectos de seguridad antes y durante la ejecución de los trabajos
- Garantizar que los trabajadores tengan el equipo de protección personal adecuado
- Promover actitudes positivas de seguridad y salud
- Estimular la cooperación y participación de todos los trabajadores involucrados

Así mismo una vez diligenciados los permisos se procede a realizar la señalización del lugar de trabajo.

Se adjunta formato de análisis de trabajo seguro, ver **ANEXO 9 y 10.**



Figura 6 señalización

11. SEGUIMIENTO AL REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Este es un proceso mediante el cual el trabajador debe reportar por escrito o verbal a el ingeniero residente, al Profesional SST o al vigía, las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo. Durante el periodo de ejecución del contrato no se presentaron reportes de este tipo.

12. ORDEN Y ASEO

Teniendo en cuenta que el CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA tiene como meta cero accidentes brindando a sus colaboradores condiciones seguras de trabajo, se realizan capacitaciones y jornadas de Orden y Aseo fomentando el trabajo seguro en cada frente de trabajo.



Figura 7 Orden y Aseo

13. CONCLUSIONES DEL PORFESIONAL SST

Las actividades realizadas y evidenciadas en este informe, son orientadas en la promoción de la salud y en la prevención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades laborales. Implica un arduo y constante trabajo tanto de la parte directiva, como de los ingenieros y de la persona responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para así crear una cultura de autocuidado en los ayudantes de obra.

Se ha dado cumplimiento al cronograma de ejecución en las labores ejecutadas según lo programado, se cumplirá con el plazo pactado de no ocurrir ninguna eventualidad.

14. RECOMENDACIONES DEL PORFESIONAL SST

- Es necesario el trabajo en equipo, si no se cuenta con la presencia del Profesional SST en determinado momento y se observa un acto inseguro o una condición insegura, este debe ser reportado posteriormente se debe intervenir y evitar que el trabajador esté en riesgo.

- Enfatizar y concientizar mucho al personal de obra para que acate y ponga en práctica los conocimientos dados en cada charla o capacitación, de manera que estos se les

- convierta en un hábito.

- Uso adecuado y constante de los Elementos de Protección Personal, en especial en el personal ayudante de obra.

- Fortalecimiento de los hábitos saludables, como alimentación sana y practicar algún deporte.

- Seguir realizando las actividades del SG-SST, en los próximos contratos con el objetivo de que los obreros reciban continuamente charlas, capacitaciones y recomendaciones las cuales les den orientación en su forma de trabajar, buscado que siempre este sea de manera segura.

- Realizar la actualización y alimentación constate del SG-SST de la empresa, dando siempre cumplimiento a lo estipulado por la ley.

Elaborado:

Elsa Lorena Pérez Penagos

Profesional SST

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE PLAN DE TRABAJO

CRONOGRAMA DE PLAN DE TRABAJO CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

AREA Y/O PRECESO: ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA

CRONOGRAMA DE PLAN DE TRABAJO DENTRO DEL PERIODO DEL CONTRATO EN MENCION:

ACTIVIDAD	COBERTURA			DIRIGIDO A	RESPONSABLE	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
A FILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	Programados	7	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL													
	Asistentes	7																
ASISTENCIA Y PAUSAS ACTIVAS	Programados	5	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
	Asistentes	5																
INSPECCION DE HERRAMIENTA MENOR	ELEMENTOS	11	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
	ELEMENTOS EN BUEN ESTADO	11																
INDUCCION, CHARLAS Y CAPACITACIONES	Programados	3	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL	X		X								X		
	Asistentes	3																
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Programados	2	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL			X							X			
	Ejecutados	2																
ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA	Programados	5	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL													
	Asistentes	5																
INSPECCION DE BOTIQUIN	ELEMENTOS	1	100%	EMPRESA	SST REPRESENTANTE LEGAL			X										
	ELEMENTOS EN BUEN ESTADO	1																
INSPECCION DE EXTINTORES	EXTINTORES	2	100%	EMPRESA	SST REPRESENTANTE LEGAL			X										
	EXTINTORES EN BUEN ESTADO	2																
ENTREGA DE EPP´S	Programados	15	100%	TODOS LOS TRABAJADORES IDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CONTRATACION.	SST REPRESENTANTE LEGAL			X										
	Asistentes	15																
ELABORADO POR: ELSA LORENA PEREZ PENAGOS - PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO																		

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 2

AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL

Medellín, 12 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C4783602	MUÑOZ PINEDA GUSTAVO	15/09/2025		16322617	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 12/09/2025 13:24:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1059062626	PEREZ PENAGOS ELSA LORENA	16/09/2025		18416518	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/09/2025 16:22:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C6402278	OSORIO RODRIGUEZ JAIME	15/09/2025		226221r2	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 12/09/2025 13:18:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1113675690	ORREGO VELARDE URIEL ADRIAN	16/09/2025		147u2112	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/09/2025 15:56:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, 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
C1006218438	VARGAS UCECHE JOHAN ALEJANDRO	15/09/2025		20122013	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:C64463592525547601

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 12/09/2025 13:13:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, 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
C1112227726	OSORIO FRANCO JAIME IVAN	15/09/2025		24317Ct2	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:C64463592525547606

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 12/09/2025 13:13:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 12 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, 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
C94304710	MUÑOZ MOLINA GUSTAVO HERNAN	15/09/2025		96463623	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:C64463592525547187

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 12/09/2025 13:06:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.108.77.151, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	17/09/2025 (DD/MM/AAAA)

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☑

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

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS 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
X VARGAS	X UCECHE	X JOHAN	X ALEJANDRO

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
X CC	X 1.006.218.438	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	X COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	X COLOMBIA	Departamento	X VALLE	Municipio	X PRADERA	X 24/07/2000 (DD/MM/AAAA)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
N/A	N/A	Si ☐ No ☑ Categoría de la discapacidad: N/A	Si ☐ No ☑	Nivel: N/A Grupo: N/A	N/A

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
X SURA	X PORVENIR	X 1.423.500	

26. Residencia				
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	
X CALLE 12 19 104	X	X 3155444834	X JOHANALEJANDRO20@GMAIL.C	
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
X VALLE	X PRADERA	X B/COMUNEROS	Cabecera municipal ☐ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico.	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	

33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio	(DD/MM/AAAA)

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	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	(DD/MM/AAAA)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

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	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	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 disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	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		

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	X NIT	X 901979346 -3	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
X CL 7 8 57	X 3186424663	X consorciohospitalsantalucia@gmail.com	X VALLE	X PRADERA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción 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 relación laboral o perdida de 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 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad fecha de ingreso a laborar DD/MM/AAAA	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	x 15/09/2025		

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
- ☑ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del 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 de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

x Alejandro Vargas	x
Nombre completo del cotizante	Nombre completo de la persona que solicita la afiliación
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

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de indentidad anexos CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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 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 de oficio.

Total Anexos ☐

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 de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación DD/MM/AAAA	97. Fecha de validación DD/MM/AAAA

OBSERVACIONES:

CANTIDAD USUARIOS:

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

SOS Servicio Occidental de Salud EN INTERVENCIÓN	**ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS**	**Código:** FT-GEC-AF-010 **Versión:** 3 **Fecha de actualización:** 26/05/2025

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado									Código Asesor	2209	Sucursal	005	Ciudad/Municipio	ZARZAL
	D	D	M	M	A	A	A	A						

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI [✓] NO [ ]

Correo Electrónico: x consorciohospitalsantalucia@gmail.com

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✓	
2. ¿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?	✓	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✓	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✓	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI [✓] NO [ ]

Firma del Cotizante : x Alejandro Vargas

C.C. N° x 1.006.218.438

Declaración de Convivencia

Nosotros_____ y _____

identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/10/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9359556	01/10/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1059062626	ELSALORENA PEREZ PENAGOS	1423500	PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA HIGIENE	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Octubre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/10/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9359543	01/10/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1113675690	URIELADRIAN ORREGO VELARDE	3300000	INGENIERO CIVIL	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Octubre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/09/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9342748	26/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4783602	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/09/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9342735	26/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1112227726	JAIMEIVAN OSORIO FRANCO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/09/2025, el empleador CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA identificado con NIT número 901979346 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9342740	26/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	6402278	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Bogotá, 25/09/2025

Señor(a)
GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA
C – 94304710

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4015523649
Fecha Radicación: 09/19/2025

Apreciado afiliado:

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

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA N 901979346, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

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

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	C	12/05/1979	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 10/19/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 7 8 CA 57
Dirección Laboral: CL 7 8 CA 57
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 09/15/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	**Cod.**	**Documentos exigidos**	**Cod.**	**Documentos exigidos**	**Cod.**
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901352822	6	GIPROC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 7 8 57 2P	PRADERA-VALLE	2841303	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1781762141	9491828411	E	2025/09/05	2025/09/16	BANCOLOMBIA	11	$7,733,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (13 Afiliados)						$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (13 Afiliados)						$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0
Ciudad: PRADERA Depto: VALLE (13 Afiliados)						$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0
1	CC	6446359	ALVARADO ADRIAN	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS010	30	$4,000,000	$160,000	CCF57	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0
2	CC	1113979869	ALVAREZ ELBER	230301	27	$1,281,150	$205,000	ESSC18	27	$1,281,150	$51,300	CCF57	27	$1,281,150	$51,300	14-23	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
3	CC	1144201183	CALERO CATALINA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	PT	6005429	CANARIO ARMANDO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	1112227005	CASTAÑO CRISTHIAN	230201	27	$1,281,150	$205,000	EPS037	27	$1,281,150	$51,300	CCF57	27	$1,281,150	$51,300	14-23	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
6	CC	6406305	CASTAÑO YEISON	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	PT	6837934	CASTELLANOS WILLIAN	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
8	PT	4905874	CHIRINOS HECTOR	25-14	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1112227217	DIAZ MANUEL	230201	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
10	CC	1113675690	ORREGO URIEL	230301	30	$3,600,000	$576,000	EPS037	30	$3,600,000	$144,000	CCF57	30	$3,600,000	$144,000	14-23	30	$3,600,000	$250,600	30	$0	$0
11	CC	1059062626	PEREZ ELSA	25-14	30	$3,250,000	$520,000	EPS037	30	$3,250,000	$130,000	CCF57	30	$3,250,000	$130,000	14-23	30	$3,250,000	$226,200	30	$0	$0
12	PT	6514680	SUAREZ ELIXON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
13	CC	1112038471	YANDE JHONNIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC18	30	$1,423,500	$57,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(13)**			$24,800,300	$3,968,400			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$992,600			$24,800,300	$1,726,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901352822	6	GIPROC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 7 8 57 2P	PRADERA-VALLE	2841303	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1781762141	9491828411	E	2025/09/05	2025/09/16	BANCOLOMBIA	11	$7,733,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				13	$3,968,400	$27,600	$0	$3,996,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$2,071,200	$14,400	$0	$2,085,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,464,400	$10,200	$0	$1,474,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$432,800	$3,000	$0	$435,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$1,726,400	$12,000	$0	$1,738,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	13	$1,726,400	$12,000	$0	$1,738,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$992,600	$6,900	$0	$999,500
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	13	$992,600	$6,900	$0	$999,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				13	$992,600	$7,100	$0	$999,700
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	5	$279,300	$2,000	$0	$281,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$160,000	$1,200	$0	$161,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$439,300	$3,100	$0	$442,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
TOTAL				**13**	**$7,680,000**	**$53,600**	**$0**	**$7,733,600**

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 3

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	GIPROC S.A.S. / CCO	FT-SST-04 VERSION:01 FECHA DE EMISION: 04/01/2024 Página:1 de 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SS

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

DATOS DEL TRABAJADOR				TIPO DE EPP								
FECHA	NOMBRE COMPLETO (LEGIBLE)	# DE IDENTIFICACION	CARGO	CASCO	PROTECTOR VISUAL (GAFAS)	PROTECCION RESPIRATORIA (MATERIAL PARTICULADO/ GASES Y VAPORES)	PROTECTOR AUDITIVO	CHALECO	GUANTE INDUSTRIAL Y/O PLASTICO	BOTAS DE SEGURIDAD Y/O PLASTICAS	CAMISA	FIRMA QUIEN RECIBE LOS EPP
15-09-25	Gabriel Hoyos	94[illegible]710	Técnico	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
15-09-25	Jaime Osorio	1.112.223.726	Ayudante	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
15/09/25	Gustavo Vasquez P.	4788662	Ayudante	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
15/09/25	[illegible]	6402278	Ayudante	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
15/09/25	Alejandro Vargas	1.006.218.488	Ayudante	✓	✓	✓	✓		✓		✓	Alejandro Vargas

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA LOS EPP: ELSA LORENA PEREZ PENAGOS, PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA:

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 4

CHARLAS Y CAPACITACIONES

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.	FR-SST-01 Versión: 02 Fecha de Emisión: 09/09/2025 Página: 1 de 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

Nombre del Expositor: Elsa Lorena Perez Penagos		**Recurso Interno**	**X**	**Hora Inicio**	**7:00**
		Recurso Externo		**Hora Fin**	**8:00**

Tema (s): Inducción en seguridad y salud en el Trabajo, roles y responsabilidades, Politicas SST, reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, Uso adecuado y Entrga de EPP, Identificación evaluacion y control de riesgos.	**Area y/o Proceso:** ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE	**Dia**	**Mes**	**Año**
		13	9	2025

DETALLE TEMAS TRATADOS

Se realiza socializacion a todos los trabajadores sobre los principios basicos y especificos en SST, Politicas y Procedimientos de la empresa en materia de SST, asi mismo los peligros y riesgos asociados a su labor con el fin de prevenir accidentes y enfermedades laborales, asegurando que el trabajador conozca y se comprometa a aplicar lo establecido

Nº	Identificacion	Nombre del Asistente	Cargo	Firma
1	1.113.675.690	ADRIAN ORREGO	RESIDENTE	
3	1.006.218.438	JOHAN ALEJANDRO UCECHE	AYUDANTE DE OBRA	
4	1.112.227.726	JAIME IVAN OSORIO FRANCO	AYUDANTE DE OBRA	
5	94.304.710	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	MAESTRO	
8	6.402.278	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	AYUDANTE DE OBRA	
10	4.783.602	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	AYUDANTE DE OBRA	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Firma Expositor:

La información aquí consignada se usará únicamente para fines de verificación de asistencia y cumplimiento del SG-SST, conforme a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales.

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	GIPROC S.A.S. CCO CONSULTORÍA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S	FR-SST-01 Versión: 02 Fecha de Emisión: 09/09/2025 Página: 1 de 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

Nombre del Expositor: Elsa Lorena Perez.		**Recurso Interno**	X	**Hora Inicio**	7:00 am
		Recurso Externo		**Hora Fin**	7:15 am

		Dia	Mes	Año
Tema (s): Autocuidado y Pausas Activas	**Area y/o Proceso:** ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE	15	09	2025

DETALLE TEMAS TRATADOS

Se da a conocer a los Trabajadores sobre la importancia de practicar las pausas activas para reducir el estres la Fatiga y prevenir enfermedades laborales, incluyendo ejercicios de Movilidad Articular, Estiramiento y Respiración

Nº	Identificacion	Nombre del Asistente	Cargo	Firma
1	1.113.675.690	ADRIAN ORREGO	RESIDENTE	
3	1.006.218.438	JOHAN ALEJANDRO UCECHE	AYUDANTE DE OBRA	Alejandro Uceche.
4	1.112.227.726	JAIME IVAN OSORIO FRANCO	AYUDANTE DE OBRA	
5	94.304.710	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	MAESTRO	
8	6.402.278	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	AYUDANTE DE OBRA	
10	4.783.602	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	AYUDANTE DE OBRA	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Firma Expositor:

La información aquí consignada se usará únicamente para fines de verificación de asistencia y cumplimiento del SG-SST, conforme a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales.

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S.	FR-SST-01 Versión: 02 Fecha de Emisión: 09/09/2025 Página: 1 de 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

Nombre del Expositor: Elsa Lorena Perez Penagos		**Recurso Interno**	**X**	**Hora Inicio**	**7:00**
		Recurso Externo		**Hora Fin**	**7:15**

Tema (s): Manipulación manual de cargas: Riesgos y Medidas Preventivas	**Area y/o Proceso:** ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE	**Dia**	**Mes**	**Año**
		23	9	2025

DETALLE TEMAS TRATADOS

Se explica a los trabajadores los principales factores de riesgo a los que puedan estar expuestos durante la manipulacion manual de cargas, teniendo en cuenta: caracteristicas de la carga, condiciones de manipulacion, organizacion del trabajo, esfuerzo fisico,factores individuales etc. De igual forma se dan a conocer las medidas para prevenir la fatiga y las lesiones por manipulacion manual de cargas.

Nº	Identificacion	Nombre del Asistente	Cargo	Firma
1	1.113.675.690	ADRIAN ORREGO	RESIDENTE	
3	1.006.218.438	JOHAN ALEJANDRO UCECHE	AYUDANTE DE OBRA	
4	1.112.227.726	JAIME IVAN OSORIO FRANCO	AYUDANTE DE OBRA	
5	94.304.710	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	MAESTRO	
8	6.402.278	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	AYUDANTE DE OBRA	
10	4.783.602	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	AYUDANTE DE OBRA	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Firma Expositor:

La información aquí consignada se usará únicamente para fines de verificación de asistencia y cumplimiento del SG-SST, conforme a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales.

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 5

PAUSAS ACTIVAS

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**REGISTRO DE ASISTENCIA Y PAUSAS ACTIVAS**	GIPRCC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.	
Fecha de aprobación: abril 2024		**Fecha de Modificación:** sin modificar	
Tipo de Proceso: Estratégico	**Código:** SG-SST-00	**Versión:** 01	Página **1** de **1**

ÁREA	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE	**MES/AÑO**	Septiembre 2025
RESIDENTE DE OBRA	ADRIAN ORREGO	**SEMANA DEL**	15 AL 20

REGISTRO DE FIRMAS DE PARTICIPANTES PAUSAS ACTIVAS

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	L	M	M	J	V	S	FIRMA SEMANAL
1	ADRIAN ORREGO	1.113.675.690	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	JOHAN ALEJANDRO VARGAS	1.006.218.438	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Alejandro Vargas.
3	JAIME IVAN OSORIO	1.112.227.726	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ	94.304.710	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	6402278	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	4783602	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7									
8									
9									
10									
11									

OBSERVACIONES

FIRMA DEL LÍDER DE PAUSAS ACTIVAS

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**REGISTRO DE ASISTENCIA Y PAUSAS ACTIVAS**	GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.
Fecha de aprobación: abril 2024		**Fecha de Modificación:** sin modificar
Tipo de Proceso: Estratégico	**Código:** SG-SST-00	**Versión:** 01 / Página **1** de **1**

ÁREA	ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE	**MES/AÑO**	Septiembre 2025
RESIDENTE DE OBRA	ADRIAN ORREGO	**SEMANA DEL**	**22** AL **27**

REGISTRO DE FIRMAS DE PARTICIPANTES PAUSAS ACTIVAS

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	L	M	M	J	V	S	FIRMA SEMANAL
1	ADRIAN ORREGO	1.113.675.690	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	JOHAN ALEJANDRO VARGAS	1.006.218.438	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Alejandro Vargas
3	JAIME IVAN OSORIO	1.112.227.726		✓	✓	✓	✓	✓	
4	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ	94.304.710	✓	✓	✓	✓	✓		
5	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	6402278	✓	✓	✓	✓	✓		
6	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	4783602	✓	✓	✓	✓	✓		
7									
8									
9									
10									
11									

OBSERVACIONES

FIRMA DEL LIDER DE PAUSAS ACTIVAS

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 6

INSPECCION DE HERRAMIENTA MENOR

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**INSPECCION DE HERRAMIENTA MENOR**	GIPROC S.A.S.	FT-SST-059
			Versión: 2
	Empresa: CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	CCO CONSULTORÍA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.	Fecha de Emisión: 1/09/2025
El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST			Pagina 1

PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA CIVIL N° 151-2025 : ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE DEL CAUCA
INSPECCIONADO:	ELSA LORENA PEREZ
A CARGO:	URIEL ADRIAN ORREGO
MAESTRO:	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA
SEMANA:	15 - 20 DE SEPTIEMBRE 2025

CANT.	ELEMENTOS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	METRO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	ALICATE	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	PINZA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	MARTILLO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
1	TALADRO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
1	PULIDORA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	PALAS														
2	PICAS														
2	BARRAS														
2	TIJERAS CORTE DE LAMINA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	BISTURI	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DE LA INSPECCION:

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**INSPECCION DE HERRAMIENTA MENOR**	GIPROC S.A.S.	FT-SST-059
			Versión: 2
			Fecha de Emisión: 1/09/2025
	Empresa: CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.	Pagina 1
El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST			

PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA CIVIL N° 151-2025 : ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO VALLE DEL CAUCA
INSPECCIONADO:	ELSA LORENA PEREZ
A CARGO:	URIEL ADRIAN ORREGO
MAESTRO:	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA
SEMANA:	22 - 27 DE SEPTIEMBRE 2025

CANT.	ELEMENTOS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	METRO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	ALICATE	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	PINZA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	MARTILLO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
1	TALADRO	✓		✓		✓				✓		✓			
1	PULIDORA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	PALAS														
2	PICAS														
2	BARRAS														
2	TIJERAS CORTE DE LAMINA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	BISTURI	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DE LA INSPECCION:

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 7

INSPECCION DE BOTIQUIN Y EXTINTORES

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

Codigo: FT-SST-062
Fecha:ENERO 2024
Version: 01
Pagina: 1 de 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

FECHA INSPECCIÓN: 15/09/2025

Nº INSPECCIÓN: MENSUAL

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Elsa Lorena Perez Penagos

No.	UBICACIÓN	TIPO						CAPACIDAD	PRUEBA HIDROSTÁTICA	REVISIÓN ESTADO GENERAL													FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
		PQS		CO2	QUIMICO SECO	AGUA	OTROS			CILINDRO			MANIJA DE TRANSPORTE	MANIJA DE DISPARO	PRESIÓN	MANÓMETRO	BOQUILLA	MANGUERA	RING O ARO DE SEGURIDAD	CORNETA	SEÑALIZACIÓN	SOPORTE COLGAR O		
		BC	ABC							PINTURA	GOLPES	AUTOADHESIVO FECHA/TIPO												
1	**OBRA**		**X**					**20**	**B**	**B**	**NT**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**NT**	**sep-26**	EN BUEN ESTADO
2	**OFICINA**		**X**					**10**	**B**	**B**	**NT**	**B**	**B**	**B**	**B**	**B**	**NT**	**B**	**B**	**B**	**B**	**NT**	**sep-26**	EN BUEN ESTADO

FIRMA DE QUIEN INSPECCIONA:

B	BUENO
R	REGULAR
M	MALO

NT	NO TIENE
NA	NO APLICA
NR	NO SE PUEDE REVISAR O NO VISIBLE

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	GIPROC S.A.S GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORÍA	FT-SST-061
			Versión: 1
	INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN	CCO CONSULTORÍA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.	Fecha: ENERO 2024
			Pagina 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

JABON QUIRURGICO EN ESPUMA

No 1 **Fecha:** 15/09/2025

Verifique si el botiquín cuenta con los elementos mínimos marcando con una "X" según su existencia:

ELEMENTO	SI	NO	CANTIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO			¿INSUMOS EN BUEN ESTADO?
			UNIDAD	PAQUETE/ CAJA	DIA	MES	AÑO	
BOLSA DE SUERO FISIOLOGICO X 250ML	X		1			1	2027	SI
CINTA DE MICROPORE	X		1			-	-	SI
CURAS VENDA ADHESIVA	X		5			-	-	SI
JABON QUIRURGICO EN ESPUMA								
ISODINE SOLUCION	X		1		3	2	2027	SI
INMOVILIZADORES PARA DEDO	X			1	20	9	2029	SI
LINTERNA TIPO DINAMO		X				-	-	
MECHA NASAL DE GASA 7.5X7.5		X						
ALCOHOL	X		1			9	2026	SI
PITO	X		1			-	-	SI
PINZA TIPO DEPILADOR		X						
SULFATO DE MAGNESIO X 30MGR		X						
SOBRE DE GASA ESTERIL	X		1			5	2029	SI
TERMOMETRO DIGITAL	X		1			-	-	SI
VENDA ELASTICA 2X5	X		1			-	-	SI
VENDA ELASTICA 3X5	X		1			-	-	SI
VENDA ELASTICA 4X5	X		1			-	-	SI
TAPA BOCAS	X		4			-	-	SI
GUANTES	X			1		-	-	SI
TIJERAS	X		1			-	-	SI
ALGODON		X						
INMOVILIZADOR DE CUELLO		X						

Responsable de la inspección



ELSA LORENA PEREZ PENAGOS

Cargo: Profesional en Salud y Salud en el Trabajo

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 8

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

FT-SST-026
FECHA:01/2024
VERSIÓN 1
PAGINA 1

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

ITEMS	FECHA	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR	CARGO	GENERO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	EDAD	TELEFONO	DIRECCION	ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE VIVIENDA	EPS	FONDO DE PENSION	ARL	CCF	PRESENTADO AT/EL	SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	USO LENTES	TOMA ALGUN MEDICAMENTO	PRACTICA ALGUN DEPORTE	FUMA?	CONSUME ALCOHOL?	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CUENTA CON CARNÉ DE VACUNAC
1	15/09/2025	GUSTAVO HERNAN MUÑOS MOLINA	MAESTRO	MASCULINO	94304710	6/12/1979	46	3137870024	Calle 8 #15-78	CASADO	4	TEGNOLOGO	PROPIA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA	COMFANDI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	OCASIONALMENTE	NO	2
2	15/09/2025	JAIME OSORIO RODRIGUEZ	AYUDANTE	MASCULINO	6402278	1/02/1961	64	3137870024	Calle 8 #15-78	CASADO	1	BACHILLERATO	PROPIA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	COMFANDI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1
3	15/09/2025	JOHAN ALEJANDRO VARGAS UCECHE	AYUDANTE	MASCULINO	1006218438	24/07/2000	25	3155444834	CALLE 12 #19-104 Barrio Comuneros	SOLTERO	4	TECNICO	PROPIA	SANITAS	PORVENIR	SURA	COMFANDI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	2
4	15/09/2025	JAIME IVAN OSORIO FRANCO	AYUDANTE	MASCULINO	1112227726	5/12/1993	32	3218873765	CALE 8 N 15-78 Barrio Antonioo Ricaute	SOLTERO	0	TECNICO	PROPIA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	COMFANDI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	OCASIONALMENTE	NO	2
5	15/09/2025	GUSTAVO MUÑOZ PINEDA	AYUDANTE	MASCULINO	4783602	1/12/1953	71	3137870024	Calle 8 #15-78	CASADO	1	BACHILLERATO	PROPIA	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	COMFANDI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	OCASIONALMENTE	NO	2

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 9

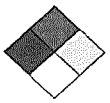
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S.	FT-SST-069
				Versión: 2
	Empresa	Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S		Fecha de Emisión:16/01/2025
	Contrato			Pagina 1 de 2
	Fecha	15-09-2025 Hasta 20-01-2025		

ATS #	1											
Elaborado por	ELSA LORENA PEREZ PENAGOS											
		Vigencia del ATS	7 DIAS									

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL		USO	TIPO	N°	HERRAMIENTA CORRECTA
CABEZA	Casco	X	I-II	1	
OJOS Y CARA	Gafas de seguridad	X		1	
OIDOS	Protector Auditivo	X		1	
MANOS Y BRAZOS	Guantes	X		PAR	
CUERPO	Trajes para quimicos	N/A		N/A	
	Careta cara completa con filtro	N/A		N/A	
OTROS	Botas con puntera de seguridad	X		PAR	
	Botas de caucho con puntera	N/A		N/A	
	Respirador para particulas	X	KN95	1	

ROMBO DE PELIGROSIDAD NFPA 704



PERMISOS REQUERIDOS	
Trabajo en caliente	SI
Trabajo seguro en alturas	SI
Trabajo en espacios confinados	NO
Trabajo en izaje de cargas	NO
Trabajo con quimicios	NO
Trabajo en excavaciones	NO
Trabajo estado de energia cero	NO

VoBo: Jefe o Supervisor :

VoBo. Coordinador SST :

ITEM	PASO A PASO DEL TRABAJO	PELIGRO RIESGO/AMBIENTAL	CONTROLES Y COMPORTAMIENTO SEGURO
1	ALISTAMIENTO Y TRASLADO DE HERRAMIENTA/LOCALIZACION Y DEMARCACION DE AREA DE TRABAJO	Riesgo mecanico, riesgo locativo, biologico, tropiezos, golpes y caidas, riesgo biomecanico	charlas y capacitaciones de 5 minutos, pausas activas, inspeccion de equipos y herramienta menor, autocuidado, uso correcto de EPP, trabajo en equipo, ojos y mente en tarea
2	DESMONTE CUBIERTA DE FIBROCEMENTO Y DE BARRO	Riesgo fisico (altas temperaturas, radiacion ionizante), Quimico (polvos organicos e inorganicos, material particulado), Biomecanico (Posturas prolongadas, sobreesfuerzo, mov repetitivo) Condiciones de seguridad (locativos, TA)	charlas de seguridad antes de iniciar labores, inspeccion y demarcacion de area, inspeccion y uso adecuado de elementos de proteccion personal realizar pausas activas, ojos y mente en tarea, trabajo en equipo, ayudante de seguridad, autocuidado,inspeccion de equipos
3	DESMONTE DE ESTRUCTURA DE CUBIERTA	Riesgo fisico (temperaturas extremas, radiacion no ionizante), Quimico (polvos organicos e inorganicos), Biomecanico (Posturas prolongadas, sobreesfuerzo, mov repetitivo) Condiciones de	charlas de seguridad antes de iniciar labores, inspeccion y demarcacion de area, inspeccion y uso adecuado de elementos de proteccion personal realizar pausas activas, ojos y mente en tarea, trabajo en equipo, ayudante de seguridad,
4	INSTALACION, CONEXION Y AJUSTE PERFIL METALICO/INSTALACION TEJA UPVC	Riesgo fisico (temperaturas extremas, radiacion no ionizante), Quimico (gases y vapores), Biomecanico (Posturas prolongadas, sobreesfuerzo, mov repetitivo) Condiciones de seguridad (locativos, TA, tecnologico, electrico)	charlas de seguridad antes de iniciar labores, inspeccion y demarcacion de area, inspeccion y uso adecuado de elementos de proteccion personal realizar pausas activas, ojos y mente en tarea, trabajo en equipo, ayudante de seguridad, autocuidado,inspeccion de equipos
5	ORDEN Y ASEO	riesgo mecanico, biologico, quimico, golpes tropiezos caidas	charlas de orden y aseo, trabajo en equipo, inspeccion de herramienta menor,

ANTES DE INICIAR EL TRABAJO VERIFIQUE						QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE
ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	
Existe procedimiento para esta actividad	X		Hay riesgo en el desplazamiento en el área de trabajo?	X		1. INFORMAR INMEDIATAMENTE AL MAESTRO, RESIDENTE O SISO
El personal que realiza el trabajo conoce y entiende el procedimiento	X		Hay riesgo de caídas?	X		
Todos conocen la actividad a realizar y su responsabilidad?	X		Hay riesgo de contacto con superficies calientes?		X	2. COMUNICARSE CON LA ARL Y REALIZAR EL REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL.
El trabajo a realizar interfiere con otros trabajos		X	Hay riesgo de quemaduras?		X	
La actividad a realizar requiere permiso de trabajo	X		Hay riesgo de proyección de partículas?	X		
El trabajo a realizar es en alturas, caliente , eléctrico, espacio confinado?	X		Hay riesgo de explosión e incendio?		X	3. DIRECCIONAR AL TRABAJADOR AL SERVICIO DE URGENCIAS MAS CERCANO.
Hay necesidad de montajes pre - ejecución (andamios, puntos de anclaje, etc.)?	X		Existen redes presurizadas?		X	
Se cuenta con las herramientas necesarias, en buen estado y seguras?	X		Hay buena ventilación?	X		
La tarea genera riesgo a otros?	X		Hay riesgo de exposición a radiación?		X	
Existen personas trabajando arriba o abajo?	X		Hay riesgo de choque eléctrico?		X	
Se coordinaron las actividades con los involucrados en otros trabajos?		X	Hay riesgo de cortaduras?	X		

Se requiere bloqueos para la actividad (Control de energías peligrosas)?		X	Hay riesgo de atrapamiento (tronco - Miembros)?		X
Se necesita que el área este debidamente aislada y señalizada?	X		Hay riesgo de contaminación productos químicos?		X

REGISTRO DE ASISTENCIA EN EL SITIO DE TRABAJO

N° Dia	NOMBRE Y APELLIDO	NOVEDADES	FIRMA SUPERV. O INGENIERO	FIRMA COOR. SST
DIA 1	JAIME IVAN OSORIO F. Alejandro Vargas.		ADRIAN ORREGO	Elbe Lorena Perez.
DIA 2	IVAN OSORIO. 2 Alejandro Vargas.		ADRIAN ORREGO	Elbe Lorena Perez.
DIA 3	2 Alejandro Vargas. IVAN OSORIO		ADRIAN ORREGO	Elbe Lorena Perez.
DIA 4	IVAN OSORIO. Alejandro Vargas		ADRIAN ORREGO	Elbe Lorena Perez P.
DIA 5	Alejandro Vargas IVAN OSORIO		ADRIAN ORREGO	Elbe Lorena Perez P.
DIA 6	IVAN OSORIO Alejandro Vargas		ADRIAN ORREGO.	Elbe Lorena Perez.

Nombre Ingeniero Supervisor:	Oriel Adrian Orrego V.	**Firma:**	
Nombre Coordinador SST:	Elbe Lorena Perez P.	**Firma :**	

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S.	FT-SST-069
			Versión: 2
			Fecha de Emisión: 16/01/2025
			Pagina 1 de 2

Empresa	Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S			
Contrato	151-2025			
Fecha	22/09/2025	Hasta	27/09/2025	

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

ATS #	1
Elaborado por	Elsa Lorena Perez Penagos

Vigencia del ATS: 7 DIAS

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL		USO	TIPO	N°	HERRAMIENTA CORRECTA
CABEZA	Casco	X	I-II	1	
OJOS Y CARA	Gafas de seguridad	X		1	
OIDOS	Protector Auditivo	X		1	
MANOS Y BRAZOS	Guantes	X		PAR	
CUERPO	Trajes para quimicos	N/A		N/A	
	Careta cara completa con filtro	N/A		N/A	
OTROS	Botas con puntera de seguridad	X		PAR	
	Botas de caucho con puntera	N/A		N/A	
	Respirador para particulas	X	KN95	1	

ROMBO DE PELIGROSIDAD NFPA 704



PERMISOS REQUERIDOS	
Trabajo en caliente	SI
Trabajo seguro en alturas	SI
Trabajo en espacios confinados	NO
Trabajo en izaje de cargas	NO
Trabajo con quimicios	NO
Trabajo en excavaciones	NO
Trabajo estado de energia cero	NO

VoBo: Jefe o Supervisor :

VoBo. Coordinador SST :

ITEM	PASO A PASO DEL TRABAJO	PELIGRO RIESGO/AMBIENTAL	CONTROLES Y COMPORTAMIENTO SEGURO
1	ALISTAMIENTO Y TRASLADO DE HERRAMIENTA/LOCALIZACION Y DEMARCACION DE AREA DE TRABAJO	Riesgo mecanico, riesgo locativo, biologico, tropiezos, golpes y caidas, riesgo biomecanico	charlas y capacitaciones de 5 minutos, pausas activas, inspeccion de equipos y herramienta menor, autocuidado, uso correcto de EPP, trabajo en equipo, ojos y mente en tarea
2	DESMONTE DE CUBIERTA DE FIBROCEMENTO Y DE BARRO	Riesgo fisico (altas temperaturas, radiacion ionizante), Quimico (polvos organicos e inorganicos, material particulado), Biomecanico (Posturas prolongadas, sobreesfuerzo, mov repetitivo) Condiciones de seguridad (locativos, TA)	charlas de seguridad antes de iniciar labores, inspeccion y demarcacion de area, inspeccion y uso adecuado de elementos de proteccion personal realizar pausas activas, ojos y mente en tarea, trabajo en equipo, ayudante de seguridad, autocuidado,inspeccion de equipos
3	DESMONTE DE ESTRUCTURA DE CUBIERTA	Riesgo fisico (altas temperaturas, radiacion ionizante), Quimico (polvos organicos e inorganicos, material particulado), Biomecanico (Posturas prolongadas, sobreesfuerzo, mov repetitivo) Condiciones de seguridad (locativos, TA)	charlas de seguridad antes de iniciar labores, inspeccion y demarcacion de area, inspeccion y uso adecuado de elementos de proteccion personal realizar pausas activas, ojos y mente en tarea, trabajo en equipo, ayudante de seguridad, autocuidado,inspeccion de equipos
4	INSTALACION, CONEXION Y AJUSTE PERFIL METALICO/INSTALACION TEJA UPVC	Riesgo fisico (temperaturas extremas, radiacion no ionizante), Quimico (gases y vapores), Biomecanico (Posturas prolongadas, sobreesfuerzo, mov repetitivo) Condiciones de seguridad (locativos, TA, tecnologico, electrico)	charlas de seguridad antes de iniciar labores, inspeccion y demarcacion de area, inspeccion y uso adecuado de elementos de proteccion personal realizar pausas activas, ojos y mente en tarea, trabajo en equipo, ayudante de seguridad, autocuidado,inspeccion de equipos
5	ORDEN Y ASEO	riesgo mecanico, biologico, quimico, golpes tropiezos caidas	charlas de orden y aseo, trabajo en equipo, inspeccion de herramienta menor,

ANTES DE INICIAR EL TRABAJO VERIFIQUE

ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO
Existe procedimiento para esta actividad	X		Hay riesgo en el desplazamiento en el área de trabajo?	X	
El personal que realiza el trabajo conoce y entiende el procedimiento	X		Hay riesgo de caídas?	X	
Todos conocen la actividad a realizar y su responsabilidad?	X		Hay riesgo de contacto con superficies calientes?		X
El trabajo a realizar interfiere con otros trabajos		X	Hay riesgo de quemaduras?		X
La actividad a realizar requiere permiso de trabajo	X		Hay riesgo de proyección de partículas?	X	
El trabajo a realizar es en alturas, caliente , eléctrico, espacio confinado?	X		Hay riesgo de explosión e incendio?		X
Hay necesidad de montajes pre - ejecución (andamios, puntos de anclaje, etc.)?	X		Existen redes presurizadas?		X
Se cuenta con las herramientas necesarias, en buen estado y seguras?	X		Hay buena ventilación?	X	
La tarea genera riesgo a otros?	X		Hay riesgo de exposición a radiación?		X
Existen personas trabajando arriba o abajo?	X		Hay riesgo de choque eléctrico?		X
Se coordinaron las actividades con los involucrados en otros trabajos?		X	Hay riesgo de cortaduras?	X	
Se requiere bloqueos para la actividad (Control de energías peligrosas)?		X	Hay riesgo de atrapamiento (tronco - Miembros)?		X

QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE

1. INFORMAR INMEDIATAMENTE AL MAESTRO, RESIDENTE O SISO
2. COMUNICARSE CON LA ARL Y REALIZAR EL REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL.
3. DIRECCIONAR AL TRABAJADOR AL SERVICIO DE URGENCIAS MAS CERCANO.

Se necesita que el área este debidamente aislada y señalizada?	X		Hay riesgo de contaminación productos químicos?		X

REGISTRO DE ASISTENCIA EN EL SITIO DE TRABAJO

N° Dia	NOMBRE Y APELLIDO	NOVEDADES	FIRMA SUPERV. O INGENIERO	FIRMA COOR. SST
DIA 1	IVAN OJORIO Jaime Osorio R Alejandro Vargas Gustavo Florez		ADRIAN ORREGO	Elkin Lorenc Pena P
DIA 2	Alejandro Vargas Jaime OSORIO R IVAN OJORIO Gustavo Florez R		ADRIAN ORREGO	Elkin Lorenc P Pena P.
DIA 3	Gustavo Florez P Alejandro Vargas Jaime OSORIO R Edwin Ruiz IVAN OJORIO		ADRIAN ORREGO	Elkin Lorenc Pena P
DIA 4	IVAN OJORIO Edwin Ruiz Gustavo Florez R Jaime OSORIO R Alejandro Vargas		ADRIAN ORREGO	Elkin Lorenc Pena P.
DIA 5	Edwin Ruiz Gustavo Florez R Alejandro Vargas. IVAN OJORIO Jaime OSORIO R		ADRIAN ORREGO	Elkin Lorenc Pena P
DIA 6	Jaime OSORIO R Edwin Ruiz Gustavo Florez R Alejandro Vargas IVAN OJORIO.		ADRIAN ORREGO	Elkin Lorenc Pena P

Nombre Ingeniero Supervisor:	Uriel Adrian Orrego U.	**Firma:**	
Nombre Coordinador SST:	Elkin Lorenc Pena P.	**Firma :**	

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	GIPROC S.A.S / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S.	FT-SST-072
			Fecha 31/01/2025
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS		Versiòn 1
			Pàgina 1

En cumplimiento del articulo 15 de la resolucion 4272 de 2021: Este permiso es valido unicamente cuando esta firmado por el coordinador de trabajo en alturas, el Ayudante de seguridad y los ejecutores del trabajo. Este permiso debe ser diligenciado o emitido antes de comenzar el trabajo especificado; tambien debe ser publicado en un lugar visible en el area de trabajo y cuando se termine o haya finalizado el trabajo debe ser cerrado inmediatamente y entregado al area de Seguridad y Salud en el Trabajo

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del **Consorcio Hospital Santa Lucia**, integrado por las empresas **GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S** y **CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S** quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

1. PRELIMINARES

FECHA INICIO:	DD 15 MM 09 AA 2025	HORA INICIO	7:00 a. m.	ACTIVIDAD RUTINARIA:	SI	NO X	TRABAJADORES ASIGNADOS:	2	LUGAR DE TRABAJO:	HSL
FECHA FINAL:	DD 20 MM 09 AA 2025	HORA FINAL:	5:00 p. m.	ACTIVIDAD OCASIONAL:	SI	NO	ALTURA PROMEDIO:	3 MTS	VIGENCIA DEL PERMISO:	7 DIAS

DESMONTE DE ESTRUCTURA Y DE CIELO FALSO

EMPRESA EJECUTORA: CONSORCIO HSL(GIPROC S.A.S/CCO)

No PERMISO DE TRABAJO RELACIONADO

PROCEDIMIENTO DE LA TAREA		
	1. ASCENSO X	6. RESTRICCION
	2. DESCENSO X	7. MANEJO DE TRAUMA POR SUSPENCION
	3. DESPLAZAMIENTOS	8. MEDIDAS DE PREVENCION X
	4. POSICIONAMIENTOS	9. INSPECCION DE EQUIPOS X
	5. SUSPENCION	10. CONOCIMIENTOS BASICOS DE PRIMEROS AUXILIOS X

2. ASPECTOS GENERALES: Espacio para ser verificado por el Coordinador de alturas en sitio

ITEM	Si	No	N/A	ITEM	Si	No	N/A
Se realizó el análisis de seguridad en el trabajo, (AST)	X			Se verificaron los puntos de anclaje a ser utilizados por cada trabajador durante la tarea.	X		
El personal cumple con los requisitos de aptitud (medica/laboral) para realizar la tarea, afiliacion a ARL, pago S. Social	X			El lugar donde realizará la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador puede asegurarse, es decir que garantice una resistencia mínima de 5000 lb.			X
Personal con curso para trabajo seguro en alturas vigente (menor a un año).	X			Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados.	X		
Se realizo una inspección previa al luagar donde se va a efectuar el trabajo	X			Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo.	X		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea.	X			La plataforma elevadora (manlift) y el operador se encuentran certificados.			X
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio.	X			Se ha Identificado presencia de líneas eléctricas cercanas.		X	
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente.	X			Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida.			X
Los trabajadores diligenciaron la lista de auto reporte y valoración en salud previa a realizar el diligenciamiento del permiso.	X			En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes			X
Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados a la APA, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado.	X			Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados.			X
El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.	X			Están operando los frenos de las ruedas de los andamios.			X
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas.			X	Los canes o plataformas están asegurados y sobresalen mínimo 30 cm. del andamio.			X
Los conectores o mosquetones son de doble seguro.			X	Los andamios se encuentran asegurados cada tres secciones.			X
Se comunica la prohibición de trabajar en areas externas en presencia de lluvia	X			Las barandas del andamio cumplen con las especificaciones técnicas.			X
Se han identificado y ubicados los equipos de emergencias y estan disponibles para su uso	X			Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas.	X		
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate y números de emergencia	X			Se han identificado las vias para evacuación	X		

3. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)

	ESTADO	CANTIDAD		ESTADO	CANTIDAD		ESTADO	CANTIDAD
CASCO TIPO II CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS	B		ZIG ZAG / DESCENDEDORES			SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN		
GAFAS DE SEGURIDAD	B		ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	B		ESLINGA DE RESTRICCION		
PROTECCION AUDITIVA	B		MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO	B		FRENO PARA LÍNEA VIDA FIJA/CUERDAS		
PROTECCIÓN RESPIRATORIA	B		ANCLAJE PORTATIL / TIE OFF	B		KIT DE RESCATE ALTURA		
BOTAS ANTIDESLIZANTES	B		LINEA DE VIDA PORTATIL HORIZONTAL	B		POLEAS DOBLES		
GUANTES ANTIDESLIZANTES	B		LINEA DE VIDA PORTATIL VERTICAL			POLEAS SENCILLAS		
ARNÉS DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO O KEVLAR (SOLDADORES) SEGÚN APLIQUE	B		ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO DE DOBLE RAMAL O EN Y			ASCENDEDORES		
MOSQUETONES	B		BLOQUEADORES			FRENO PARA CABLE DE ACERO		
CUERDAS			LINEAS DE VIDA AUTORETRACTIL			OTROS		

4. SISTEMAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

TIPO	SI	NO	TIPO	SI	NO
DELIMITACIÓN DEL AREA	X		CONTROL DE ACCESO	X	
BARANDAS			SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	
DEMARCACIÓN	X		AYUDANTE DE SEGURIDAD	X	

OBSERVACIONES:

5. FIRMA DEL PERSONAL PARTICIPANTE

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS CONCEDIDO A: "Los abajo firmantes declaramos que NO nos encontramos bajo los efectos de ninguna sustancia psicoactiva, narcotica, bajo los efectos del alcohol, medicamentos que produzcan sueño o cualquier otra condición actitudinal que pueda afectar el desarrollo del trabajo en alturas. Asi mismo nos comprometemos a cumplir las normas y/o recomendaciones emitidas por el cooridanor de Trabajo en Alturas y entendemos que cualquier condición anormal amerita la suspensión inmediata del permiso."

NOMBRE Y APELLIDOS	No DE CEDULA/PPT	CARGO	FIRMA
JOHAN ALEJADRO VARGAS UCECHE	1006218438	AYUDANTE	Alejandro Vargas.
JAIME IVAN OSORIO FRANCO	1112227726	SOLDADOR/AYUDANTE	JAIME OSORIO.

6. FIRMAS DE APROBACIÓN Y REVALIDACIÓN DIARIA DEL CERTIFICADO DE APOYO Y HORAS APROBADAS

RESPONSABLES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL COORDINADOR DE ALTURAS	Elsa Lorena Rees P. CC. 1059062626	Elsa Lorena Rees P. CC. 1059062626	Elsa Lorena Rees P. 1059062626	Elsa Lorena Rees P. 1059062626	Elsa Lorena Rees P. 1059062626	Elsa Lorena Rees P. 1059062626	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA SUPERVISOR DE EMPRESA REPSONSABLE DEL TRABAJO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA REPSONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	Jaime Osorio 6407727	Jaime Osorio 6407727	Jaime Osorio 6407727	Jaime Osorio 6407727	Jaime Osorio 6407727	Jaime Osorio 6407727	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL EJECUTANTE Y/O LÍDER DEL EQUIPO DE TRABAJO	Gustavo Adolfo 94302710	Gustavo Adolfo 94302710	Gustavo Adolfo 94302710	Gustavo Adolfo 94302710	Gustavo Adolfo 94302710	Gustavo Adolfo 94302710	
HORA INICIO TRABAJO	7:00 am	7:00 am.	7:00 am	7:00 am	7:00 am	7:00 am	
HORA TERMINACIÓN TRAB.	5:00 pm.	5:00 pm.	5:00 pm.	5:00 pm	5:00 pm.	5:00 pm.	

7. FIRMAS DE CIERRE DEL CERTIFICADO DE APOYO

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA	FECHA Y HORA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO	ADRIAN ORREGO		20/09/2025 12:00 pm.
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	Elsa Lorena Rees P.		20/09/2025 12:00 pm
RESPONSIBLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	Jaime Osorio	Jaime Osorio	20/09/2025 12:00 pm
AYUDANTE DE SEGURIDAD	Gustavo Adolfo	Gustavo Adolfo	20/09/2025 12:00 pm.

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	GIPROC S.A.S.	FT-SST-072
			Fecha 31/01/2025
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	Versiòn 1
			Pàgina 1

En cumplimiento del articulo 15 de la resolucion 4272 de 2021: Este permiso es valido unicamente cuando esta firmado por el coordinador de trabajo en alturas, el Ayudante de seguridad y los ejecutores del trabajo. Este permiso debe ser diligenciado o emitido antes de comenzar el trabajo especificado; tambien debe ser publicado en un lugar visible en el area de trabajo y cuando se termine o haya finalizado el trabajo debe ser cerrado inmediatamente y entregado al area de Seguridad y Salud en el Trabajo.
El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

1. PRELIMINARES

FECHA INICIO:	DD 22 MM 09 AA 2025	HORA INICIO	7:00 a. m.	ACTIVIDAD RUTINARIA:	SI	NO X	TRABAJADORES ASIGNADOS:	2	LUGAR DE TRABAJO: HSL
FECHA FINAL:	DD 27 MM 09 AA 2025	HORA FINAL:	5:00 p. m.	ACTIVIDAD OCASIONAL:	SI	NO	ALTURA PROMEDIO:	3 MTS	VIGENCIA DEL PERMISO: 7 DIAS

DESMONTE DE ESTRUCTURA Y DE CIELO FALSO

EMPRESA EJECUTORA: CONSORCIO HSL (GIPROC S.A.S./CCO)

No PERMISO DE TRABAJO RELACIONADO

PROCEDIMIENTO DE LA TAREA		
	1. ASCENSO X	6. RESTRICCION
	2. DESCENSO X	7. MANEJO DE TRAUMA POR SUSPENCION
	3. DESPLAZAMIENTOS	8. MEDIDAS DE PREVENCION X
	4. POSICIONAMIENTOS	9. INSPECCION DE EQUIPOS X
	5. SUSPENCION	10. CONOCIMIENTOS BASICOS DE PRIMEROS AUXILIOS X

2. ASPECTOS GENERALES: Espacio para ser verificado por el Coordinador de alturas en sitio

ITEM	Si	No	N/A	ITEM	Si	No	N/A
Se realizó el análisis de seguridad en el trabajo, (AST)	X			Se verificaron los puntos de anclaje a ser utilizados por cada trabajador durante la tarea.	X		
El personal cumple con los requisitos de aptitud (medica/laboral) para realizar la tarea, afiliacion a ARL, pago S. Social	X			El lugar donde realizará la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador puede asegurarse, es decir que garantice una resistencia mínima de 5000 lb.	X		
Personal con curso para trabajo seguro en alturas vigente (menor a un año).	X			Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados.	X		
Se realizo una inspección previa al luagar donde se va a efectuar el trabajo	X			Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo.	X		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea.	X			La plataforma elevadora (manlift) y el operador se encuentran certificados.			X
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio.	X			Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas.		X	
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente.	X			Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida.			X
Los trabajadores diligenciaron la lista de auto reporte y valoración en salud previa a realizar el diligenciamiento del permiso.	X			En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes			X
Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados a la APA, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado.	X			Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados.			X
El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.	X			Están operando los frenos de las ruedas de los andamios.			X
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas.			X	Los canes o plataformas están asegurados y sobresalen mínimo 30 cm. del andamio.			X
Los conectores o mosquetones son de doble seguro.			X	Los andamios se encuentran asegurados cada tres secciones.			X
Se comunica la prohibición de trabajar en areas externas en presencia de lluvia	X			Las barandas del andamio cumplen con las especificaciones técnicas.			X
Se han identificado y ubicados los equipos de emergencias y estan disponibles para su uso	X			Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas.	X		
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate y números de emergencia	X			Se han identificado las vias para evacuación	X		

3. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)

	ESTADO	CANTIDAD		ESTADO	CANTIDAD		ESTADO	CANTIDAD
CASCO TIPO II CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS	B		ZIG ZAG / DESCENDEDORES			SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN		
GAFAS DE SEGURIDAD	B		ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	B		ESLINGA DE RESTRICCION	B	
PROTECCION AUDITIVA	B		MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO	B		FRENO PARA LÍNEA VIDA FIJA/CUERDAS		
PROTECCIÓN RESPIRATORIA	B		ANCLAJE PORTATIL / TIE OFF	B		KIT DE RESCATE ALTURA		
BOTAS ANTIDESLIZANTES	B		LINEA DE VIDA PORTATIL HORIZONTAL	B		POLEAS DOBLES		
GUANTES ANTIDESLIZANTES	B		LINEA DE VIDA PORTATIL VERTICAL			POLEAS SENCILLAS		
ARNÉS DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO O KEVLAR (SOLDADORES) SEGÚN APLIQUE	B		ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO DE DOBLE RAMAL O EN Y	B		ASCENDEDORES		
MOSQUETONES	B		BLOQUEADORES			FRENO PARA CABLE DE ACERO		
CUERDAS			LINEAS DE VIDA AUTORETRACTIL			OTROS		

4. SISTEMAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

TIPO	SI	NO	TIPO	SI	NO
DELIMITACIÓN DEL AREA	X		CONTROL DE ACCESO	X	
BARANDAS			SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	
DEMARCACIÓN	X		AYUDANTE DE SEGURIDAD	X	

OBSERVACIONES:

5. FIRMA DEL PERSONAL PARTICIPANTE

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS CONCEDIDO A: "Los abajo firmantes declaramos que NO nos encontramos bajo los efectos de ninguna sustancia psicoactiva, narcotica, bajo los efectos del alcohol, medicamentos que produzcan sueño o cualquier otra condición actitudinal que pueda afectar el desarrollo del trabajo en alturas. Asi mismo nos comprometemos a cumplir las normas y/o recomendaciones emitidas por el cooridanor de Trabajo en Alturas y entendemos que cualquier condición anormal amerita la suspensión inmediata del permiso."

NOMBRE Y APELLIDOS	No DE CEDULA	CARGO	FIRMA
JOHAN ALEJANDRO VARGAS UCECHE	1006218438	AYUDANTE	Alejandro Vargas
JAIME IVAN OSORIO FRANCO	1112227726	SOLDADOR/AYUDANTE	IVAN OSORIO

6. FIRMAS DE APROBACIÓN Y REVALIDACIÓN DIARIA DEL CERTIFICADO DE APOYO Y HORAS APROBADAS

RESPONSABLES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL COORDINADOR DE ALTURAS	Eder Lorenzo P 1059062626	Eder Lorenzo P 1059062626	Eder Lorenzo P 1059062626	Eder Lorenzo P 1059062626	Eder Lorenzo P 1059062626	Eder Lorenzo P 1059062626	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA SUPERVISOR DE EMPRESA REPSONSABLE DEL TRABAJO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO	ADRIAN ORREGO.	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA REPSONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	Jaime Osorio 6402278	Jaime Osorio 6402278	Jaime Osorio 6402278	Jaime Osorio 6402278	Jaime Osorio 6402278	Jaime Osorio. 6402278.	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL EJECUTANTE Y/O LÍDER DEL EQUIPO DE TRABAJO	Gustavo Adolfo Arboleda	Gustavo Adolfo Arboleda	Gustavo Adolfo Arboleda	Gustavo Adolfo Arboleda	Gustavo Adolfo Arboleda	Gustavo Adolfo Arboleda.	
HORA INICIO TRABAJO	7:00 am.	7:00am	7:00am	7:00pm	7:00am	7:00am	
HORA TERMINACIÓN TRAB.	5:00pm	5:00pm.	5:00pm.	5:00pm.	5:00pm.	5:00pm	

7. FIRMAS DE CIERRE DEL CERTIFICADO DE APOYO

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA	FECHA Y HORA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO	Uriel Adrian Orrego		27/09/2025 12:00pm
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	Eder Lorenzo Perez P		27/09/2025 12:00pm
RESPONSIBLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	Gustavo A/Jaime Osorio	Jaime Osorio	27/09/2025 12:00pm.
AYUDANTE DE SEGURIDAD	Gustavo L. Arbeláez	Gustavo Arbeláez	27/09/2025 12:00pm

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**	GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORÍA Y CONSTRUCCIÓN DE OCCIDENTE S.A.S.	FT-SST-107 Versión: 1 Fecha de Emisión:16/01/2025 Pagina 1 de 2

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

Empresa	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	Ciudad/Municipio:	EL DOVIO - VALLE DEL CAUCA
Contrato	151-2025		

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	15-09-2025	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	7:00 a. m.	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	5:00 p. m.
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	20-09-2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E				
Descripción de la tarea a realizar:	Instalacion de perfiles metalicos, conexion y ajuste de estructura metalica				
Permiso solicitado por: (Nombres y Apellidos)	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	No. Identificación:	94304710	Cargo:	MAESTRO
Permiso autorizado por: (Nombres y Apellidos)	URIEL ADRIAN ORREGO VALVERDE	No. Identificación:	1113675690	Cargo:	INGENIERO RESIDENTE

II. VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: 7 Dias Semana del	(dd/mm/aa):	15-09-2025	al	(dd/mm/aa):	20-09-2025

III. CHEQUEO DE SEGURIDAD

Número de Trabajadores:	5	Herramientas a Utilizar:	Soldador, Pulidora

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violación al reglamento de higiene y seguridad industrial; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

IV. TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura	X	Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	SOPLETE A GAS

V. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	X			X			X			X			X			X					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	X			X			X			X			X			X					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	X			X			X			X			X			X					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	X			X			X			X			X			X					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			X			X			X			X			X			X			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	X			X			X			X			X			X					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	X			X			X			X			X			X					

VI. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	X			7	Visera o Careta	X			8	Área de trabajo delimitada	X		
2	Gafas de seguridad	X			8	Traje de Soldador	X			9	Reunión pre operacional	X		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	X			9	Polainas para soldador	X			10	Inspección pre operacional de equipos	X		

4	Botas de seguridad	X			10	Mascara para soldar	X			11	Permiso de Trabajo en Alturas	X		
5	Respirador para polvos o humos	X			11	Protección auditiva	X			12	Charla de Seguridad	X		
6	Respirador para vapores ácidos				12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física	X		

VII. HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco	X	Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?									

VIII. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X			X			X			X			X			X					
¿Se han revisado los examenes médico ocupacionales de cada trabajador?	X			X			X			X			X			X					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	X			X			X			X			X			X					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energias peligrosas,espacios confinados)	X			X			X			X			X			X					
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?	-		X			X			X			X			X			X			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	X			X			X			X			X			X					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

IX. TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

X. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
JOHAN ALEJANDRO VARGAS UCECHE	1006218438	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas.	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas	
JAIME IVAN OSORIO FRANCO	1112227726	JAIME IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	
GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	94304710		94304710	94304710				

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Responsable de la actividad	ADRIAN. O	ADRIAN. O.	ADRIAN O.	ADRIAN O	ADRIAN O	ADRIAN	
Encargado de SST							

XI. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
ADRIAN ORREGO VELARDE	1.112.675.690	Ing Residente	20/09/2025	12:00pm	Finalizacion Tareas

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**	GIPROC S.A.S. / CCO CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S.	FT-SST-107 Versión: 1 Fecha de Emisión:16/01/2025 Pagina 1 de 2

El presente documento hace parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas integrantes del Consorcio Hospital Santa Lucia, integrado por las empresas GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S quienes responden solidariamente por el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de SST

Empresa	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA, INTEGRADO POR: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA - GIPROC S.A.S y CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE S.A.S	Ciudad/Municipio:	EL DOVIO - VALLE DEL CAUCA
Contrato	151 - 2025		

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	22/09/2025	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	7:00 a. m.	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	5:00 p. m.
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	27/09/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E				
Descripción de la tarea a realizar:	Instalacion de perfiles metalicos, conexion y ajuste de estructura metalica				
Permiso solicitado por: (Nombres y Apellidos)	GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	No. Identificación:	94304710	Cargo:	MAESTRO
Permiso autorizado por: (Nombres y Apellidos)	URIEL ADRIAN ORREGO VALVERDE	No. Identificación:	1113675690	Cargo:	INGENIERO RESIDENTE

II. VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: 7 Dias Semana del	(dd/mm/aa):	22/09/2025	al	(dd/mm/aa):	27/09/2025

III. CHEQUEO DE SEGURIDAD

Número de Trabajadores:	5	Herramientas a Utilizar:	Soldador, Pulidora

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violación al reglamento de higiene y seguridad industrial; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

IV. TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura	X	Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	SOPLETE A GAS

V. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

VI. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	X			7	Visera o Careta	X			8	Área de trabajo delimitada	X		
2	Gafas de seguridad	X			8	Traje de Soldador	X			9	Reunión pre operacional	X		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	X			9	Polainas para soldador	X			10	Inspección pre operacional de equipos	X		

4	Botas de seguridad	X			10	Mascara para soldar	X			11	Permiso de Trabajo en Alturas	X		
5	Respirador para polvos o humos	X			11	Protección auditiva	X			12	Charla de Seguridad	X		
6	Respirador para vapores ácidos				12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física	X		

VII. HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco	X	Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?									

VIII. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los examenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energias peligrosas,espacios confinados)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

OBSERVACIONES:

IX. TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

X. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
JOHAN ALEJANDRO VARGAS UCECHE	1006218438	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas	Alejandro Vargas.		
JAIME IVAN OSORIO FRANCO	1112227726	IVAN OSORIO.	IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	IVAN OSORIO	IVAN OJORIA		
GUSTAVO HERNAN MUÑOZ MOLINA	94304710	Gustavo	Gustavo	Gustavo	Gustavo	Gustavo		

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Responsable de la actividad	ADRIAN O.	ADRIAN. O	ADRIAN.O.	ADRIAN. O	ADRIAN. O.	ADRIAN O.	
Encargado de SST	Elsa Lorena P.	Elsa Lorena P.	Elsa Lorena P.	Elsa Lorena P.	Elsa Lorena P.	Elsa Lorena P.	

XI. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
ADRIAN ORREGO VELARDE	1.113.675.690	Ing. Residente	17/09/2025	12:00pm	Finalización Tarea

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO 6

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

Hoja Desprotegida

PESO PTO. 445,007,139.12

CRONOGRAMA Y FLUJO DE CAJA SEMANAL — Duración: 117 días — Programado:

GIPROC S.A.S

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y FLUJO DE CAJA SEMANAL

Duración Obra: 117 Días calendario — Fecha Inicio: 29-ago-2025 — Fecha Final: 23-dic-2025

Obra: ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA

Proceso: 001 DE 2025

Fecha: 11-sep-25

No.	ACTIVIDAD	Durac. Días	Pr. Hab.	Und	CANT.	Valores	%
1	**1 PRELIMINARES**					**$ 33,499,162**	
1.1	CERRAMIENTO TELA FIB.TEJIDA H=2.10M-SINB	1	1	M	90	1,265,000	0.38%
1.2	DESMONTE MARCO + NAVE SENCILLA	9	1	UND	26	938,574	0.28%
1.3	DESMONTE MARCO DOBLE + NAVE DOBLE	2	1	UND	5	453,435	0.14%
1.4	DESMONTE VENTANA EXISTENTE	8	1	M2	29	818,496	0.25%
1.5	DEMOLICION ENCHAPE CERAMICO	9	1	M2	100	1,047,060	0.31%
1.6	DESMONTE CIELO FALSO ALUM.XXX	3	1	M2	232	1,441,101	0.43%
1.7	DEMOLICION PISO ENCHAPE-BALDOSA+MORTERO	7	1	M2	88	886,310	0.27%
1.8	DEMOLICION GUARDAESCOBA	18	1	M	441	2,006,718	0.60%
1.9	DESMONTE CUBIERTA TEJA BARRO	15	1	M2	968	7,733,210	2.32%
1.10	DESMONTE CUBIERTA FIBRO CEMENTO	15	1	M2	968	7,741,920	2.32%
1.11	RETIRO ACARREO MATERIAL VOLQUETA KILM	1	1	M3K	2,998	9,167,338	2.75%
2	**17 INSTALACIONES ELECTRICAS**					**$ 16,469,946**	
2.1	PANEL LED 600X600CM 45-60W	2	1	UND	54	10,042,272	3.01%
2.2	SAL LAMP EMT	6	1	UND	54	6,427,674	1.93%
3	**18 CUBIERTA**					**$ 125,862,977**	
3.1	C.FALSO LAMINA PVC A=25CM E=10MM	24	1	M2	354	30,836,940	9.25%
3.2	PERFIL ABIERTO HR C 5X2" - 1.5MM"	15	1	M	728	21,612,096	6.48%
3.3	TEJA UPVC	60	1	M2	968	70,207,602	21.06%
3.4	CABALLETE UPVC	3	1	M	45	3,206,340	0.96%
4	**19 REVESTIMIENTOS**					**$ 15,000,338**	
4.1	REPELLO MEDIA CANA	20	1	M	441	15,000,338	4.50%
5	**20 PISOS**					**$ 28,755,461**	
5.1	GUARDAESCOBA GRANITO 1/2 C + DIL. PLAST.	55	1	M	441	28,755,461	8.63%
6	**22 CARPINTERIA METALICA**					**$ 79,025,676**	
6.1	MARCO ALUMINIO 0.81-1.00 M PEST C/LUCETA	3	1	UND	14	4,799,116	1.44%
6.2	MARCO ALUMINIO 1.01-1.20 M PEST C/LUCETA	4	1	UND	12	5,027,328	1.51%
6.3	MARCO ALUMINIO 1.41-1.60 M LISO C/LUCETA	2	1	UND	4	2,355,624	0.71%
6.4	INSTALACION MARCO ALUMINIO 0.70-1.00 M	2	1	UND	14	497,728	0.15%
6.5	INSTALACION MARCO ALUMINIO 1.01-1.50 M	2	1	UND	12	496,560	0.15%
6.6	INSTALACION MARCO ALUMINIO 1.51-2.00 M	1	1	UND	4	192,348	0.06%
6.7	NAVE ALUMINIO ENCHAPADA LLENA BAT.	22	1	M2	54	31,245,813	9.37%
6.8	NAVE ALUMINIO ENTAMBORADA VISOR VAI.	7	1	M2	14	10,156,078	3.05%
6.9	INSTALACION NAVE ALUMINIO ENTAMB.VIDRIO	1	1	UND	4	137,096	0.04%

| | | |

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO7

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	**CALI**	**45**	**45-44-101168808**	**3**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	**09**	**2025**	**29**	**08**	**2025**	**00:00**	**29**	**12**	**2030**	**23:59**	**ANEXO CAUSA PRIMA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**NIT: 901.979.346-3**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 7 NRO. 8 - 57 SEGUNDO PISO	PRADERA, VALLE	3186424663

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE	**NIT: 891.901.296-2**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CARRERA 6 # 7-65	EL DOVIO, VALLE	2229200

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO CIVIL N. 151-2025 REFERENTE A: ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA

ASEGURADOS/BENEFICIARIOS: HOSPITAL SANTA LUCIA DE EL DOVIO VALLE Y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$44,500,713.91**	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	**29/08/2025**	**29/12/2028**	**$22,250,356.96**	
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	**29/12/2025**	**29/12/2030**	**$44,500,713.91**	

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y SEGUN MODIFICACION No.1 SE ELIMINA EL AMPARO DE BUEN MANEJO DEL ANTICIPO

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA CONTINAUN IGUAL.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***(187,488.00)	$ **********0.00	$ ****(35,622.00)	$ *********(223,110.00)	$ ******111,251,784.78	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
DAR SOLUCIONES EN SEGUROS LTDA.	143817	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101168808

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101168808	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	09	2025	29	08	2025	00:00	29	12	2030	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA		**NIT: 901.979.346-3**
DIRECCIÓN: CL 7 NRO. 8 - 57 SEGUNDO PISO	**CIUDAD:** PRADERA, VALLE	**TELÉFONO:**	3186424663

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE		**NIT: 891.901.296-2**
DIRECCIÓN: CARRERA 6 # 7-65	**CIUDAD:** EL DOVIO, VALLE	**TELÉFONO:**	2229200

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101168808

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	**CALI**	**45**	**45-40-101102345**	**2**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	**09**	**2025**	**29**	**08**	**2025**	**00:00**	**29**	**04**	**2026**	**23:59**	**ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**NIT: 901.979.346-3**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 7 NRO. 8 - 57 SEGUNDO PISO	PRADERA, VALLE	3186424663

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN
	HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE	**NIT: 891.901.296-2**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CARRERA 6 # 7-65	EL DOVIO, VALLE	2229200

BENEFICIARIO: 891901296 - HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN LA EJECUCION DEL CONTRATO DE OBRA CIVIL N. 151-2025 REFERENTE A: ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA

ASEGURADOS: CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA Y HOSPITAL SANTA LUCIA DE EL DOVIO VALLE Y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

BENEFICIARIO: HOSPITAL SANTA LUCIA DE EL DOVIO VALLE Y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y TERCEROS AFECTADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ACTA DE INICIO SE REALIZA AJUSTE SOBRE LAS VIGENCIAS DE LOS AMPAROS DE LA POLIZA

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA MISMA CONTINUAN IGUAL

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****473,850.00	$ *******3,000.00	$ ******90,601.00	$ **********567,451.00	$ ******284,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DAR SOLUCIONES EN SEGUROS LTDA.	143817	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102345

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-40-101102345	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	09	2025	29	08	2025	00:00	29	04	2026	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA	**NIT: 901.979.346-3**

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:
	CL 7 NRO. 8 - 57 SEGUNDO PISO		PRADERA, VALLE	3186424663

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN
	HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE	**NIT: 891.901.296-2**

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:
	CARRERA 6 # 7-65		EL DOVIO, VALLE	2229200

BENEFICIARIO: 891901296 - HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	
GASTOS MEDICOS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**29/08/2025**	**29/04/2026**	**$284,700,000.00**	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102345

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-40-101102345	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	09	2025	29	08	2025	00:00	29	04	2026	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA		**NIT: 901.979.346-3**
DIRECCIÓN: CL 7 NRO. 8 - 57 SEGUNDO PISO	**CIUDAD:** PRADERA, VALLE	**TELÉFONO:**	3186424663

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE		**NIT: 891.901.296-2**
DIRECCIÓN: CARRERA 6 # 7-65	**CIUDAD:** EL DOVIO, VALLE	**TELÉFONO:**	2229200

BENEFICIARIO: 891901296 - HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102345

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSORCIO
HOSPITAL SANTA LUCIA

ANEXO8 INFORME ADMINISTRATIVO

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

NIT: 901979346-3

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA

Persona Jurídica

calle 7 8 57P2, Pradera, Valle Del Cauca, Colombia

Tel. 3186424663

Email. consorciohospitalsantalucia@gmail.com

No somos grandes contribuyentes ni auto retenedores, resolucion facturacion electronica N° 18764099370669 vigencia hasta el 28 de septiembre de 2027

Autorización factura electrónica de venta No. 18764099370669 válida desde 2025-09-29 hasta 2027-09-29 rango desde FVEE1 hasta FVEE20.

Por favor consignar a nuestra cuenta de ahorros bancolombia N° 86400004804 a nombre de CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA NIT. 901.979.346-3

Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL DOVIO VALLE
NIT :	891901296
Dirección:	CR 6 7 75, El Dovio, Valle Del Cauca, Colombia
Teléfono:	3148327207
Email:	facturaelectronica@hospitaleldovio.gov.co

Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	03/10/2025
Total de Lineas:	4

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FVEE1**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**11:53:55-05:00**
FECHA FIRMADO:	**02/10/2025 11:54:12**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
02	10	2025	03	10	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	OBRA Acta de cobro parcial N° 01OBJETO: ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA	WSD	1,00	$120.760.962,59				0,00	$120.760.962,59
2	02	ADMINISTRACION	WSD	1,00	$32.001.655,09				0,00	$32.001.655,09
3	03	IMPREVISTOS	WSD	1,00	$1.207.609,63				0,00	$1.207.609,63
4	04	UTILIDAD	WSD	1,00	$7.245.657,76				0,00	$7.245.657,76

Notas:

SON: (ciento sesenta y un millones doscientos quince mil ochocientos ochenta y cinco pesos siete centavos)
CUFE: d98bd1fc18f160bd80f071b6d059f21d279738de50dd57ccb1bc7d2596773c29a46756ada06185b41d855d1e9f2a88d7

Subtotal:	$161.215.885,07
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$161.215.885,07

Firma Digital: LjVPYGmoB3EEY6qiFC5F18SWTjLX9prNSKzYb7fTP4uiI6X+b3Urx9rhwz7LhvqK
ZI3yVIHZY8fxh0+aoH5mLPwP88QM6oUpK6gmBBCZpb62yoeuZv
QuXun2XINKNB3S bhPEHe0Z5i4nkXv0XNNwy5wB5opr24Kcu+LOCSg2qujUB8R7kvKMkQ50qUpRNLK0 1G08sSl69K3vRxPBvwUqynRUMYH8XZ9XeP/
lPROtKHcXU6fIFTvhA0UealLkUJt5 Rjz6vjBzKuBxgCjROC/0EJsPo5IBGSdgKRe/dYV3q3rcyjfy9lo/f9NXoSfmoqb/ eqn6NlmnUh7nceBGxw28
GQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764099370669

(415)7707212489984(8020) 001876409937066 9

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
901979346	3				

11. Razón social
CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Palmira

Cód. 15

24. Dirección
CL 7 8 57 SEGUNDO PISO

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Valle del Cauca	Pradera

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2025-09-29 / 08:41:00 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia
990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres ALVARADO SEPULVEDA ADRIAN FELIPE
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 6446359 1004. DV 5
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

997. Fecha formalización 2025-09-29 20:41:00

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764099370669

(415)7707212489984(8020) 001876409937066 9

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
901979346	3				

11. Razón social

CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA CL 7 8 57 SEGUNDO PISO	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FVEE	1	20	24	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
ALVARADO SEPULVEDA

NUIP 6.446.359

Nombres
ADRIAN FELIPE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 JUN 1983

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN PEDRO (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
04 JUN 2001, SAN PEDRO

Firma

Fecha de expiración
17 MAR 2034

CO

1031137340

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL043113037431094<<<<<<<<<<<
8306029M3403174COL6446359<<<<2
ALVARADO<SEPULVEDA<<ADRIAN<FEL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 14.637.922
GALLEGO GONZALEZ
APELLIDOS
OSCAR EDUARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1984
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
20-SEP-2002 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-3100100-00269341-M-0014637922-20110406
0026557220A 1
38653965

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 25 — Solicitud de inscripción Unión temporal y/o Consorcio

4. Número de formulario: 141199195769

(415)7707212489984(8020) 000014119919576 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
901979346	3	Impuestos y Aduanas de Palmira 15	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social: CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Pradera 563

41. Dirección principal: CL 7 8 57 SEGUNDO PISO

42. Correo electrónico: giproc.sas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3186424663	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
4290	20250718	4112	20250718			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 7	1	4	4	2	4	8	5	5																	

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ALVARADO SEPULVEDA ADRIAN FELIPE

985. Cargo: Representante Legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141199195769

(415)7707212489984(8020) **000014119919576 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 9 7 9 3 4 6	3	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica	3	69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 2 5 0 7 1 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	7 6	
79. Ciudad/Municipio	5 6 3	
Vigencia		
80. Desde	2 0 2 5 0 7 1 8	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 5 0 8 2 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141199195769

(415)7707212489984(8020) **000014119919576 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 9 7 9 3 4 6	3	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 5 0 7 1 8		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 4 4 6 3 5 9		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ALVARADO	SEPULVEDA	ADRIAN	FELIPE
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 5 0 7 1 8		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 4 6 3 7 9 2 2		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GALLEGO	GONZALEZ	OSCAR	EDUARDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141199195769

(415)7707212489984(8020) **000014119919576 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 9 7 9 3 4 6	3	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	9 0 1 3 5 2 8 2 2	6	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social: GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA S.A.S

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
	7 0	2 0 2 5 0 7 1 8	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	9 0 0 2 2 0 4 0 5	8	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social: CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE SAS

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
	3 0	2 0 2 5 0 7 1 8	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 08/09/2025 - 11:43:48
Recibo No. S000732921, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 8pSkfvbetG

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=24 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA S.A.S
Sigla : GIPROC S.A.S.
Nit : 901352822-6
Domicilio: Pradera, Valle del Cauca

MATRÍCULA

Matrícula No: 149566
Fecha de matrícula en esta Cámara de Comercio: 30 de enero de 2024
Ultimo año renovado: 2025
Fecha de renovación: 13 de marzo de 2025
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CL 7 No. 8 - 57 SEGUNDO PISO
Municipio : Pradera, Valle del Cauca
Correo electrónico : gerencia_giproc@hotmail.com
Teléfono comercial 1 : 3186424663
Teléfono comercial 2 : No reportó.
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CL 7 No. 8 - 57 SEGUNDO PISO
Municipio : Pradera, Valle del Cauca
Correo electrónico de notificación : gerencia_giproc@hotmail.com

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 02 de enero de 2020 de Pradera, inscrita inicialmente en la Camara De Comercio De Palmira, el 07 de enero de 2020 bajo el No. 16738 del Libro IX y posteriormente inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de enero de 2024, con el No. 25587 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA S.A.S, Sigla GIPROC S.A.S.

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 1 del 29 de junio de 2022 de la Asamblea De Accionistas de Pradera, inscrita inicialmente en la Camara De Comercio De Palmira, el 06 de julio de 2022 bajo el No. 22156 del Libro IX y posteriormente inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de enero de 2024, con el No. 25587 del Libro IX, se decretó CAMBIO DE DOMICILIO DE LA CIUDAD DE PRADERA A LA CIUDAD DE GINEBRA

Por Acta No. 2 del 29 de diciembre de 2023 de la Asamblea De Accionistas de Ginebra, inscrita inicialmente en la Camara De Comercio De Buga, el 24 de enero de 2024 bajo el No. 14797 del Libro IX y posteriormente inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de enero de 2024, con el No. 25587 del Libro IX, se decretó CAMBIO DE DOMICILIO DE LA CIUDAD DE GINEBRA A LA CIUDAD DE PRADERA.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto principal - cualquier actividad de comercio de aquellas contempladas en el código de comercio de la república de Colombia y totalmente permitidas por la Ley, podrá importar y exportar productos afines o derivados del objeto principal, y en general todas las actividades lícitas que le permita ejercer el libre derecho al trabajo, al comercio y/o la industria tanto en Colombia como en el exterior. En desarrollo de su objeto, la sociedad podrá asociarse con otra u otras personas naturales o jurídicas que desarrollen el mismo o similar objeto, o que se relacione directa o indirectamente con este, y en general, podrá celebrar toda clase de contratos convenientes que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

CAPITAL

	* CAPITAL AUTORIZADO *
Valor	$ 5.000.000.000,00
No. Acciones	5.000.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00
	* CAPITAL SUSCRITO *
Valor	$ 300.000.000,00
No. Acciones	300.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00
	* CAPITAL PAGADO *
Valor	$ 300.000.000,00
No. Acciones	300.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tendrá un órgano de dirección, denominado Asamblea General de accionistas y un representante legal. La revisoría fiscal solo será provista en la medida en que lo exijan las normas legales vigentes. La representación legal de la sociedad por acciones simplificada estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no, quien no tendrá suplentes, designado para un término de un año por la Asamblea General de accionistas. En aquellos casos en que el representante legal sea una persona jurídica, las funciones quedarán a cargo del representante legal de ésta.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Facultades del representante legal: la sociedad será gerenciada, administrada y representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre. Por lo tanto, se entenderá que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad. El representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal. Le está prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 02 de enero de 2020 de el Comerciante, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 30 de enero de 2024 con el No. 25587 del libro IX, inscrita/o originalmente el 07 de enero de 2020 en la CAMARA DE COMERCIO DE PALMIRA con el No. 16738 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	ADRIAN FELIPE ALVARADO SEPULVEDA	C.C. No. 6.446.359

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) Acta No. 1 del 29 de junio de 2022 de la Asamblea De Accionistas	25587 del 30 de enero de 2024 del libro IX
*) Acta No. 2 del 29 de diciembre de 2023 de la Asamblea De Accionistas	25587 del 30 de enero de 2024 del libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

SITUACIONES DE CONTROL Y GRUPOS EMPRESARIALES

Por documento privado del 02 de enero de 2020 , inscrita inicialmente en la Camara De Comercio De Palmira, el 07 de enero de 2020 bajo el No. 16739 del Libro IX y posteriormente inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de enero de 2024, con el No. 25587 del Libro IX, se inscribió la comunicación que se ha configurado una situación de control : Situacion de control donde alvarado sepulveda adrian felipe actua como controlante y la sociedad gerencia integral de proyectos obras & consultoria s.A.S. Actua como controlada.

**** EMPRESA MATRIZ / CONTROLANTE** : ADRIAN FELIPE ALVARADO SEPULVEDA
CONTROLANTE
Identificación: 6446359
Nacionalidad: COLOMBIANO/A
Domicilio: 76563 - Pradera
País: Colombia
CIIU : F4220 - Construccion de proyectos de servicio publico
CIIU : M7490 - Otras actividades profesionales, cientificas y tecnicas n.c.p.
Fecha de configuración de la situación: 02/01/2020
Presupuesto que da lugar a la situación de control y/o al grupo empresarial: "Numeral 1 Artículo 261 Código de Comercio".

**** EMPRESA SUBORDINADA / CONTROLADA** : GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS OBRAS & CONSULTORIA S.A.S.
CONTROLADA
Identificación: 9013528226
Nacionalidad: COLOMBIANO/A
Domicilio: 76563 - Pradera
País: Colombia
CIIU : F4220 - Construccion de proyectos de servicio publico
CIIU : M7112 - Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica
CIIU : F4290 - Construccion de otras obras de ingenieria civil
CIIU : M7490 - Otras actividades profesionales, cientificas y tecnicas n.c.p.
Fecha de configuración de la situación: 02/01/2020
Presupuesto que da lugar a la situación de control y/o al grupo empresarial: "Numeral 1 Artículo 261 Código de Comercio".

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: F4220
Actividad secundaria Código CIIU: M7112
Otras actividades Código CIIU: F4290 M7490

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA – TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es PEQUEÑA EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $1.568.043.199,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo – CIIU : F4290.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA – REPORTE A ENTIDADES

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA a. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta de la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.



SECRETARIO
AIDA ELENA LASSO PRADO

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

Camara de Comercio de Cali

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/09/2025 10:57:57 am

Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social:	CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE SAS
Sigla:	CCO SAS
Nit.:	900220405-8
Domicilio principal:	Cali

MATRÍCULA

Matrícula No.:	739677-16
Fecha de matrícula en esta Cámara:	27 de mayo de 2008
Último año renovado:	2025
Fecha de renovación:	30 de marzo de 2025
Grupo NIIF:	Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	KR 28 # 6 - 102
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	info@ccosas.com
Teléfono comercial 1:	3187356835
Teléfono comercial 2:	No reportó
Teléfono comercial 3:	No reportó

Dirección para notificación judicial:	KR 28 # 6 - 102
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	info@ccosas.com
Teléfono para notificación 1:	3187356835
Teléfono para notificación 2:	No reportó
Teléfono para notificación 3:	No reportó

La persona jurídica CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE SAS SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 02 de abril de 2008 de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de mayo de 2008 con el No. 5769 del Libro IX ,se constituyó sociedad de naturaleza Comercial denominada CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE LTDA SIGLA:CCO LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 01-2011 del 11 de enero de 2011 Junta De Socios ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de febrero de 2011 con el No. 1261 del Libro IX ,se transformó de SOCIEDAD LIMITADA en SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA bajo el nombre de CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE SAS SIGLA: CCO SAS .

TERMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es Indefinida

HABILITACIÓN(ES) ESPECIAL(ES)

La persona jurídica no ha inscrito el acto administrativo que lo habilita para prestar el servicio público de transporte terrestre automotor en la modalidad de carga.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto principal el ejercicio y la explotación de la ingeniería civil y las actividades relacionadas con la ingeniería en general, además de las siguientes actividades: diseño, construcción e interventoría de obras civiles públicas y/o privadas. La presentación de proyectos de construcción y reparación de obras de carácter público y/o privado en los procesos de licitación abiertos al público por parte de las autoridades gubernamentales a nivel municipal, departamental y/o nacional. Asesorar a entidades de carácter público y/o privado en el diseño, construcción, mantenimiento y/o reparación de obras civiles. Ejecutar estudios de mercadeo, proyectos de factibilidad, proyectos topográficos, proyectos arquitectónicos, proyectos estructurales, estudios de suelos, proyectos eléctricos y/o electrónicos, proyectos hidrosanitarios, proyectos hidráulicos y/o hidrológicos, proyectos geológicos, proyectos mecánicos y/o electromecánicos, supervisión y pruebas en procesos de soldadura, presupuestos, programación y control de obra y/o asesorías administrativas. Suministrar y/o alquilar equipos y/o materiales para la construcción de obras civiles en general. Ejecutar proyectos de consultoría, construcción, mantenimiento y/o reparación de obras de infraestructura tales como vías terrestres, vías marítimas y/o fluviales, acueductos y alcantarillados, obras de urbanismo, represas, tanques de

Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

almacenamiento, puentes, canales de riego, centrales hidroeléctricas, oleoductos, puertos, muelles, terminales de transporte y/o aeropuertos. Ejecutar proyectos de consultoría, construcción, mantenimiento y/o reparación de redes de electrificación y/o comunicación. Ejecutar proyectos de consultoría, construcción mantenimiento y/o reparación de edificaciones habitacionales unifamiliares, multifamiliares y conjuntos habitacionales, oficinas, centros comerciales, centros de convenciones, estaciones de servicio y/o centros de mercado. Ejecutar proyectos de consultoría, construcción, mantenimiento y/o reparación de obras civiles de salud, educación y culto tales como centros de salud, hospitales, clínicas, iglesias, escuelas, colegios, universidades, centros de recreación, piscinas y/o parques. Ejecutar proyectos de consultoría, construcción, mantenimiento y/o reparación de obras civiles industriales tales como bodegas, fábricas, plantas químicas y/o parques industriales. Ejecutar proyectos de consultoría, construcción, mantenimiento y/o reparación de obras civiles para el mejoramiento del suelo. Elaboración, promoción y ejecución de proyectos y programas de desarrollo social que comprendan capacitación y asesoría. Desarrollo de eventos deportivos, recreativos, culturales y sociales. Administración y asesoría de polideportivos, escenarios deportivos y recreativos. Programas y proyectos de intereses social en áreas de salud, vivienda y mejoramiento de la calidad de vida de las personas. La administración de bienes muebles e inmuebles, la compra y venta de propiedad raíz. Realizar asesorías y capacitación a personas naturales y/o jurídicas en los campos de ingeniería, salud, recreación, deporte y cultura.

En desarrollo de las actividades anteriores la sociedad podrá ejecutar actos y celebrar contratos que se relacionen con su objeto; adquirir, enajenar, dar o tomar en arriendo bienes, muebles o inmuebles, gravarlos, en cualquier forma, tomar o dar en mutuo con o sin garantía de los bienes sociales y celebrar toda clase de operaciones con entidades bancarias, de crédito, aduaneras, girar, endosar, descontar, protestar, ceder, aceptar, anular, cancelar, cobrar, recibir letras de cambio, cheques, adquirir a cualquier título concesiones, permisos, marcas, patentes, franquicias, representaciones y demás bienes y derechos mercantiles y cualesquiera otros efectos de comercio, contratar toda clase de operaciones que sean necesarias al objeto social. Presentar licitaciones, concursar y en general toda clase de actos, contratos que se relacionen con el objeto social principal o que sean afines o complementarios al mismo.

CAPITAL

	CAPITAL AUTORIZADO
Valor:	$30,000,000
No. de acciones:	3,000
Valor nominal:	$10,000
	CAPITAL SUSCRITO
Valor:	$30,000,000
No. de acciones:	3,000
Valor nominal:	$10,000
	CAPITAL PAGADO
Valor:	$30,000,000

Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

No. de acciones: 3,000
Valor nominal: $10,000

REPRESENTACIÓN LEGAL

La administración y representación legal de la sociedad está en cabeza del representante legal, cuyo suplente podrá reemplazarlos en sus faltas absolutas, temporales o accidentales.

El representante legal puede celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de la sociedad.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Funciones de la gerencia general. Además de los actos de disposición y administración concerniente al giro ordinario de las operaciones de la sociedad, son atribuciones del gerente general y sus suplentes las siguientes:

1.Representar legalmente a la sociedad y celebrar toda clase de actos o contratos sin límite de cuantía. 3. Custodiar los bienes sociales. 4. .; 5. .; 6. Constituir apoderados o mandatarios que representen a la sociedad judicial administrativa o extrajudicialmente. 7. .; 8. Todas las demás que permitan el desarrollo del objeto social de la empresa dentro del marco de la ley.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 01-2011 del 11 de enero de 2011, de Junta De Socios, inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de febrero de 2011 con el No. 1262 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE GENERAL O REPRESENTANTE LEGAL	OSCAR EDUARDO GALLEGO GONZALEZ	C.C.14637922

Por Acta No. 2022-04 del 10 de noviembre de 2022, de Accionista Único, inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de noviembre de 2022 con el No. 21196 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REPRESENTANTE LEGAL	ANGELICA RIOS MEJIA	C.C.29544711

Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

SUPLENTE

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
ACT 002 del 24/10/2008 de Junta De Socios	12325 de 30/10/2008 Libro IX
ACT 01-2010 del 04/01/2010 de Junta De Socios	3437 de 29/03/2010 Libro IX
ACT 01-2010 del 04/01/2010 de Junta De Socios	3438 de 29/03/2010 Libro IX
ACT 01-2011 del 11/01/2011 de Junta De Socios	1261 de 03/02/2011 Libro IX
ACT 2022-03 del 03/10/2022 de Asamblea De Accionistas	18440 de 10/10/2022 Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 4290
Actividad secundaria Código CIIU: 7112
Otras actividades Código CIIU: 4210
Otras actividades Código CIIU: 4923

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en la Cámara de Comercio de Cali el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre:	CONSULTORIA Y CONSTRUCCION DE OCCIDENTE SAS
Matrícula No.:	739678-2
Fecha de matricula:	27 de mayo de 2008
Ultimo año renovado:	2025
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	KR 28 # 6 - 102
Municipio:	Cali

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO QUE TIENE MATRICULADOS EL COMERCIANTE EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo provisto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es: PEQUEÑA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $2,132,326,478

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:4290

****

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo

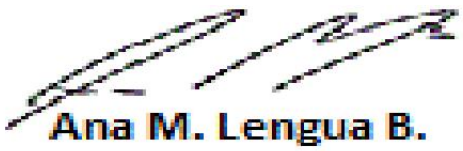
Recibo No. 9908460, Valor: $11.600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0825ERV7AI

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.



Palmira , 16 SEPTIEMBRE del 2025

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A.S se permite informar que **CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA NIT 901979346** a la fecha de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado
CUENTA AHORROS ACTIVA	86400004804	2025/09/16	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.
Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 5540505 de Cali o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente,

Interna

Astrid Alarcon Delgado
ASESORA PYME PALMIRA PRINCIPAL
Vicepresidencia personas y pymes
3103209508
Palmira Valle – Colombia
asadelga@bancolombia.com.co

Bancolombia

CERTIFICADO DE PAGOS DE APORTES AL SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA

Yo **ADRIAN FELIPE ALVARADO SEPULVEDA** , identificado con **C.C.6.446.359** de **SAN PEDRO- VALLE**, en mi condición de Representante legal y **DAVID GONZALEZ NOSSA,** identificado con **C.C 1.113.527.318** de Candelaria con Tarjeta Profesional **No.297789-T** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de contador público de la empresa **CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA**, con NIT **901,979.346-3** según contrato de **OBRA No.151-2025** cuyo objeto es **"ADECUACIONES LOCATIVAS HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E MUNICIPIO DEL DOVIO, VALLE DEL CAUCA".**

Por lo anterior, **CERTIFICAMOS** que el personal vinculado al contrato de obra No. **OB-151-2025**, suscrito con la empresa **CONSORCIO HOSPITAL SANTA LUCIA**, se encuentra debidamente afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales, y Caja de Compensación Familiar, estos montos serán contabilizados y pagados por el contratista durante el periodo comprendido entre el 29 de Agosto del 2025 al 25 de Septiembre de 2025.

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en la ley 789/2002 Artículo 50 *"Control a la evasión de los recursos parafiscales. La celebración, renovación o liquidación por parte de un particular, de contratos de cualquier naturaleza con Entidades del sector público, requerirá para el efecto, del cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar. Las Entidades públicas en el momento de liquidar los contratos deberán verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas".*

La presente certificación se firma a los dos (2) días del Mes de octubre de 2025.

ADRIÁN FELIPE ALVARADO SEPULVEDA
RL. GIPROC S.A.S

DAVID GONZALEZ NOSSA
CONTADOR PUBLICO
T.P 297789-T

Calle 7 # 8-57(segundo piso)-Pradera,Valle del Cauca
consorciohospitalsantalucia@gmail.com
celular 3186424663

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

297789-T



DAVID
GONZALEZ NOSSA
C.C. 1113527318
RES. INSCRIPCION 2435 DEL 03/06/2022
UNIVERSIDAD DEL VALLE

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

321104 344300

220361/0522

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.113.527.318**

GONZALEZ NOSSA

APELLIDOS

DAVID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1992**

PALMIRA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-FEB-2011 CANDELARIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-3103100-00282921-M-1113527318-20110303 **0025**96276A 1 36234461

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

C7E8E3273F4C8FE7E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DAVID GONZALEZ NOSSA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1113527318 de CANDELARIA (VALLE DEL CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 297789-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *