NIT: 901943625-8

INFORME INICIAL

DE INTERVENTORÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

Contrato: Interventoría INTERVENTORIA, TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO AL CONTRATO CUYO OBJETO ES: CONSTRUCCION, MANTENIMIENTO Y/O MEJORAMIENTO DE LAS VIAS URBANAS DE LAS COMUNAS 2 Y 3, Y DE LAS VIAS RURALES DE LOS CORREGIMIENTOS DE PUERTO VILLAMIZAR Y BUENA ESPERANZA, MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA (PRESUPUESTO PARTICIPATIVO)"

Ubicación del Proyecto:

Cúcuta, Norte de Santander

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como propósito registrar las actividades iniciales realizadas por el equipo de interventoría en el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con base en la normatividad nacional vigente y las obligaciones contractuales del contratista. Se documenta el seguimiento a las condiciones de cumplimiento del Sistema de Gestión en SST, verificando documentos, condiciones de obra y afiliaciones del personal.

---

2. OBJETIVOS

* Verificar el cumplimiento de los requisitos de SST por parte del contratista.

* Revisar la documentación del SG-SST del proyecto.

* Inspeccionar las condiciones del lugar de trabajo mediante visitas de campo.

* Validar las afiliaciones de los trabajadores a EPS, ARL, AFP y caja de compensación.

3. METODOLOGÍA

La interventoría ha ejecutado las siguientes acciones:

1. Revisión documental: Se analizaron los documentos aportados por el contratista como parte de su SG-SST, incluyendo matriz de riesgos, políticas, registros de inducción, entregas de EPP, certificados de ejecución del SG-SST, entre otros.

2. Verificación de afiliaciones: Se validó que todos los trabajadores vinculados al proyecto estén afiliados a EPS, ARL, fondo de pensiones y caja de compensación, con soportes actualizados.

3. Recorridos en campo: Se realizaron visitas técnicas al área del proyecto para observar el cumplimiento de las medidas de prevención de riesgos, condiciones locativas y uso de EPP.

4. Socialización: Se presentaron los resultados preliminares a la entidad contratante para retroalimentación.

4. ACTIVIDADES INICIALES DESARROLLADAS

ITEM	CUMPLIMIENTO		OBSERVACION
	SI	NO	
1. SOPORTES DE AFILIACION Y PAGO DE APORTES DE LOS TRABAJADORES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL(EPS-ARL-AFP)	X		SE ANEXAN LOS SOPORTES DE AFILIACION DE LOS TRABAJADORES VINCULADOS A LA FECHA
2. INFORME DE LAS CONDICIONES DE SALUD (EXAMENES MEDICOS DE INGRESO)	X		SE ANEXAN LOS EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES, DEL PERSONAL OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO
3. EVIDENCIA DE INDUCCION DEL PERSONAL Y SOCIALIZACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X		SE EVIDENCIA LA INDUCCION POR PARTE DEL CONTRATISTA Y LA POLITICA DIVULGADA POR EL AREA SST
4. CERTIFICACION DE ARL DE LA EMPRESA CONTRATISTA	X		EL CONTRATISTA ANEXA LA CERTIFICACION POR PARTE DE SURA
5. CERTIFICACION QUE DEMUESTRA LA EJECUCION DE SG-SST	X		EL CONTRATISTA ADJUNTA LA CERTIFICACION DE LA EJECUCION DEL SG-SST
6. MATRIZ DE PELIGROS Y VALORACION DE RIESGOS	X		EL CONTRATISTA ADJUNTA LA MATRIZ IPVR
7. REGISTRO Y EVIDENCIA DE ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACION, DE ACUERDO CON EL MANUAL SG-SST	X		SE ANEXAN LOS SOPORTES DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y LA DOTACION

8. SOPORTE DE ELEMENTOS BASICOS DE ACTUACION ANTE UNA EMERGENCIA (BOTIQUIN, EXTINTOR,CAMILLA)	X		EL CONTRATISTA ADJUNTA EVIDENCIA DE INSPECCION Y LOS ELEMENTOS DE ATENCION A EMERGENCIAS (CAMILLA, BOTIQUIN,EXTINTOR)
9. SOPORTE MANEJO DE BIOSEGURIDAD		X	NO APLICA
10. SOPORTE DE UNIDADES SANITARIAS	X		SE EVIDENCIA MEDIANTE REGISTRO FOTOGRAFICO LA UNIDAD DE SANITARIA.
11. CERTIFICACION DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS		X	NO APLICA LA ACTIVIDAD
12. SOPORTE DE SEÑALIZACION	X		SE EVIDENCIA MEDIANTE REGISTRO FOTOGRAFICO LA INSTALACION DE LA SEÑALIZACION Y LA INSPECCION DE LA MISMA.
13.PLAN DE MANEJO DE TRANSITO	X		SE EVIDENCIA EN OTRO COMPONENTE.

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

NIT: 901943625-8

REGISTRO FOTOGRAFICO

















5. **CONCLUSIONES**

* El contratista ha avanzado en la conformación documental del SG-SST y la afiliación del personal al sistema de seguridad social.

* Se evidencia cumplimiento parcial en la implementación de medidas de control en obra.

* Existen brechas en el cumplimiento operativo en campo, especialmente en el uso continuo de EPP y orden locativo.

* Se requiere seguimiento constante a la aplicación efectiva de los procedimientos y capacitación del personal operativo.

6. RECOMENDACIONES

1. Reforzar la supervisión del cumplimiento de uso de EPP durante toda la jornada laboral.

2. Realizar capacitaciones recurrentes en manejo seguro de herramientas, orden y aseo.

3. Implementar un sistema de señalización temporal para zonas de riesgo en movimiento.

4. Actualizar y divulgar el plan de emergencias en campo.

5. Establecer un control de ingreso y registro diario de condiciones de salud del personal.

Ingrid Rivera Vega

Elaborado por:

ING. INGRID LIZETH RIVERA VEGA

Residente SST

CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

NIT: 901943625-8

CUADRO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025.

NOMBRE	CARGO
HEBERT ENRIQUE CARDENAS ARIAS	ESPECIALISTA EN VIAS
CARLOS ALBERTO GOMEZ MONTENEGRO	DIRECTOR DE INTERVENTORIA
ANDERSON DANIEL OCHOA CORONEL	RESIDENTE DE INTERVENTORIA
LAURA STEPHANY PABON CABEZAS	RESIDENTE NIVEL 1
NATALIA BAYONA PARADA	AUX. DE RESIDENTE DE INTERVENTORIA
INGRID LIZETH RIVERA VEGA	RESIDENTE SST
JAMES TRUJILLO GOMEZ	INGENIERO AMBIENTAL
YOMARA NAVARRO AVENDAÑO	TRABAJADORA SOCIAL

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL MAYO

DEPENDIENTES

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901943625	8	CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CC LECS LOCAL 106 CENTRO		3112515208		GRUPODD2024@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-06	33888984	E	2025-07-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	348.400	5.200	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	33888984	2025-06-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1003041962	OCHOA CORONEL ANDERSON DANIEL	2.300.000	F	X															0			4	4	4	4	PORVENIR-230301	306.667	49.100	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	306.667	12.300	COMFANORTE-CCF37	306.667	12.300	306.667	21.400	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	95.100	S	5711001
2	CC 1090411216	RIVERA VEGA INGRID LIZETH	2.000.000	F	X															0			4	4	4	4	PORVENIR-230301	266.667	42.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	266.667	10.700	COMFANORTE-CCF37	266.667	10.700	266.667	18.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	82.700	S	5711001
3	CC 1090506695	PABON CABEZA LAURA STEPHANY	2.000.000	F	X															0			4	4	4	4	PORVENIR-230301	266.667	42.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	266.667	10.700	COMFANORTE-CCF37	266.667	10.700	266.667	18.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	82.700	S	5711001
4	CC 1193138312	BAYONA PARADA NATALIA	2.000.000	F	X															0			4	4	4	4	PORVENIR-230301	266.667	42.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	266.667	10.700	COMFANORTE-CCF37	266.667	10.700	266.667	18.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	82.700	S	5711001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901943625	8	CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CC LECS LOCAL 106 CENTRO		3112515208		GRUPODD2024@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-06	33888984	E	2025-07-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	348.400	5.200	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	33888984	2025-06-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.106.668	1.106.668	1.106.668	1.106.668	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				4	177.200	0	2.600	0	179.800
PORVENIR	230301	800224808	8	4	177.200	0	2.600	0	179.800
EPS(Administradoras: 3)				4	44.400	0	800	0	45.200
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	10.700	0	200	0	10.900
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	1	12.300	0	200	0	12.500

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	2	21.400	0	400	0	21.800
ARP(Administradoras: 1)				4	77.200	0	1.100	0	78.300
ARL SURA	14-11	890903790	5	4	77.200	0	1.100	0	78.300
CCF(Administradoras: 1)				4	44.400	0	700	0	45.100
COMFANORTE	CCF37	890500516	3	4	44.400	0	700	0	45.100
Gran Total					343.200	0	5.200	0	348.400

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES ARL

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901943625	8	CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CC LECS LOCAL 106 CENTRO	3112515208	GRUPODD2024@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-05	33889027	Y	2025-07-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	78.200	1.100	NEQUI

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
4	33889027	2025-06-09	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN						SALUD				CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 60358822	NAVARRO AVENDAÑO YOMARA	1.423.500		R															0			0	0	0	4	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	SIN CCF-SINCCF	0	0	189.800	13.300	0,06960	0	0	0	0	0	59	0	13.300	N	5711001
2	CC 79523566	GOMEZ MONTENEGRO CARLOS ALBERTO	1.423.500		R															0			0	0	0	4	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	SIN CCF-SINCCF	0	0	189.800	13.300	0,06960	0	0	0	0	0	59	0	13.300	N	5711001
3	CC 88242565	CARDENAS ARIAS HEBERT ENRIQUE	4.000.000		R															0			0	0	0	4	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	SIN CCF-SINCCF	0	0	533.334	37.200	0,06960	0	0	0	0	0	59	0	37.200	N	5711001
4	CC 1090419618	TRUJILLO GOMEZ JAMES	1.423.500		R															0			0	0	0	4	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	SIN CCF-SINCCF	0	0	189.800	13.300	0,06960	0	0	0	0	0	59	0	13.300	N	5711001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901943625	8	CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CC LECS LOCAL 106 CENTRO	3112515208	GRUPODD2024@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-05	33889027	Y	2025-07-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	78.200	1.100	NEQUI

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
4	33889027	2025-06-09	Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
0	0	1.102.734	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
ARP(Administradoras: 1)				4	77.100	0	1.100	0	78.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	4	77.100	0	1.100	0	78.200
Gran Total					77.100	0	1.100	0	78.200

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

TRABAJO SOCIAL

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	YOMARA NAVARRO AVENDAÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-60358822
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-05-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-09
FECHA DE PAGO:	2025-05-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33421763
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33421763
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.696.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 212.000	$ 212.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.696.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 271.400	$ 271.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.696.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 8.900	$ 9.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 500	$ 492.300	$ 492.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/06/2025

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

ESPECIALISTA EN VIAS

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 88242565	0	HEBERT ENRIQUE CARDENAS ARIAS	I	01	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CL 7 15 77 BRR LOMA DE BOLIVAR		586000000			HEBERTCAR@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-05	33910365	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	154.200	2.100	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33910365	2025-06-17	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 88242565	CARDENAS ARIAS HEBERT ENRIQUE	4.000.000		X															0			4	4	0	0	PORVENIR-230301	533.334	85.400	0	0	COOSALUD-EPS042	533.334	66.700	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	152.100	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 88242565	0	HEBERT ENRIQUE CARDENAS ARIAS	I	01	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CL 7 15 77 BRR LOMA DE BOLIVAR		586000000			HEBERTCAR@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-05	33910365	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	154.200	2.100	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33910365	2025-06-17	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
533.334	533.334	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	85.400	0	1.200	0	86.600
PORVENIR	230301	800224808	8	1	85.400	0	1.200	0	86.600
EPS(Administradoras: 1)				1	66.700	0	900	0	67.600
COOSALUD	EPS042	900226715	3	1	66.700	0	900	0	67.600
Gran Total					152.100	0	2.100	0	154.200

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

INGENIERO AMBIENTAL

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1090419618	0	JAMES TRUJILLO GOMEZ	I	1	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	MZ 2 LT 5 ERA ETP URB PANAMERICANO		3105405443			JTRUJILLO816MISENA@EDU.CO		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-05	33993192	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	55.400	1.200	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33993192	2025-06-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1090419618	TRUJILLO GOMEZ JAMES	1.423.500		X															0			4	4	0	0	PORVENIR-230301	189.800	30.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	189.800	23.800	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	54.200	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1090419618	0	JAMES TRUJILLO GOMEZ	I	1	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	MZ 2 LT 5 ERA ETP URB PANAMERICANO		3105405443			JTRUJILLO816MISENA@EDU.CO		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-05	2025-05	33993192	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	55.400	1.200	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33993192	2025-06-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
189.800	189.800	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	30.400	0	700	0	31.100
PORVENIR	230301	800224808	8	1	30.400	0	700	0	31.100
EPS(Administradoras: 1)				1	23.800	0	500	0	24.300
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	23.800	0	500	0	24.300
Gran Total					54.200	0	1.200	0	55.400

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

DIRECTOR INTERVENTORIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79532566
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CARLOS ALBERTO GOMEZ MONTENEGRO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 197#15-04	TELÉFONO:	6092771
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7977954422**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		17			
ESTADO:		GUARDADA			

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL POR PAGAR
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 43.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 43.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 33.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 33.800**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 77.000**

Planilla NO Pagada
SOI
Planilla NO Pagada

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

JUNIO

DEPENDIENTES

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025
Identificación NI - 901943625
Sucursal 0
Período Pensión 2025-06
Período Salud 2025-07
Fecha Pago Planilla 2025-07-08

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1003041962
Nombre	ANDERSON DANIEL OCHOA CORONEL
EPS	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar del Norte de Santander COMFANORTE
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	33988682
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-07
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.300.000	0,0400000	$ 92.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.300.000	0,1600000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.300.000	0,0696000	$ 160.100	5

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	2.300.000	0,0400000	$ 92.000	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025
Identificación NI - 901943625
Sucursal 0
Período Pensión 2025-06
Período Salud 2025-07
Fecha Pago Planilla 2025-07-08

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1090411216
Nombre	INGRID LIZETH RIVERA VEGA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar del Norte de Santander COMFANORTE
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	33988682
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-07
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.000.000	0,0400000	$ 80.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.000.000	0,1600000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.000.000	0,0696000	$ 139.200	5

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	2.000.000	0,0400000	$ 80.000	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025
Identificación NI - 901943625
Sucursal 0
Período Pensión 2025-06
Período Salud 2025-07
Fecha Pago Planilla 2025-07-08

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1090506695
Nombre	LAURA STEPHANY PABON CABEZA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar del Norte de Santander COMFANORTE
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	33988682
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-07
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.000.000	0,0400000	$ 80.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.000.000	0,1600000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.000.000	0,0696000	$ 139.200	5

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	2.000.000	0,0400000	$ 80.000	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025
Identificación NI - 901943625
Sucursal 0
Período Pensión 2025-06
Período Salud 2025-07
Fecha Pago Planilla 2025-07-08

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1193138312
Nombre	NATALIA BAYONA PARADA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar del Norte de Santander COMFANORTE
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	33988682
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-07
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.000.000	0,0400000	$ 80.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.000.000	0,1600000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.000.000	0,0696000	$ 139.200	5

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	2.000.000	0,0400000	$ 80.000	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES ARL

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 33914614
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-07-08

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901943625	D.V.	8	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CC LECS LOCAL 106 CENTRO	DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTAD	MUNICIPIO	CUCUTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7112	CORREO ELECTRÓNICO	GRUPODD2024@GMAIL.COM	TELÉFONO	3112515208
FAX	3112515208	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1005053320	PRIMER APELLIDO	PARADA	SEGUNDO APELLIDO	RIVERA
PRIMER NOMBRE	KARLA	SEGUNDO NOMBRE	STEFANNY		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 06	Año: 2025	Mes: 06	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$0		33914614

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-88242565	59	No	No	No	54	1	5711001	Salario	CARDENAS ARIAS HEBERT ENRIQUE	$4.000.000
CC-79523566	59	No	No	No	54	1	5711001	Salario	GOMEZ MONTENEGRO CARLOS ALBERTO	$1.423.500
CC-60358822	59	No	No	No	54	1	5711001	Salario	NAVARRO AVENDAÑO YOMARA	$1.423.500
CC-1090419618	59	No	No	No	54	1	5711001	Salario	TRUJILLO GOMEZ JAMES	$1.423.500

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 88242565																													0		
CC - 79523566																													0		
CC - 60358822																													0		
CC - 1090419618																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 88242565	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 79523566	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 60358822	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 1090419618	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 88242565	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$4.000.000	5	0.0696000	$278.400
CC - 79523566	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	5	0.0696000	$99.100
CC - 60358822	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	5	0.0696000	$99.100
CC - 1090419618	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	5	0.0696000	$99.100

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-88242565	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-79523566	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-60358822	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1090419618	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 06											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
SINAFP	4	$0	$0	$0	$0	$0	1	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SIN EPS	4	$0	$0	0	$0	0	$0	$0	1	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	4	$575.700	0	$0	$0	$575.700	1	$400	$576.100	0	$0	$5.761	$576.100

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	4	$0	1	$0	$0
SENA	0	$0	1	$0	$0
ICBF	0	$0	1	$0	$0
ESAP	0	$0	1	$0	$0

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
MinEdu	0	$0	1	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	0	$0
PENSIONES	0	$0
RIESGOS PROFESIONALES	1	$576.100
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$576.100

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

TRABAJO SOCIAL

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	YOMARA NAVARRO AVENDAÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-60358822
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-07
FECHA DE PAGO:	2025-07-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	33743063
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33743063
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.696.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212.000	$ 212.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.696.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.400	$ 271.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.696.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.900	$ 8.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 492.300	$ 492.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/08/2025

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

ESPECIALISTA EN VIAS

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 88242565	0	HEBERT ENRIQUE CARDENAS ARIAS	I	01	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CL 7 15 77 BRR LOMA DE BOLIVAR		586000000			HEBERTCAR@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	34016672	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	456.000	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34016672	2025-07-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 88242565	CARDENAS ARIAS HEBERT ENRIQUE	1.600.000																	0			30	30	0	0	PORVENIR-230301	1.600.000	256.000	0	0	COOSALUD-EPS042	1.600.000	200.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	456.000	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 88242565	0	HEBERT ENRIQUE CARDENAS ARIAS	I	01	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CL 7 15 77 BRR LOMA DE BOLIVAR		586000000			HEBERTCAR@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	34016672	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	456.000	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34016672	2025-07-15	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.600.000	1.600.000	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	256.000	0	0	0	256.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	256.000	0	0	0	256.000
EPS(Administradoras: 1)				1	200.000	0	0	0	200.000
COOSALUD	EPS042	900226715	3	1	200.000	0	0	0	200.000
Gran Total					456.000	0	0	0	456.000

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

INGENIERO AMBIENTAL

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1090419618	0	JAMES TRUJILLO GOMEZ	I	1	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	MZ 2 LT 5 ERA ETP URB PANAMERICANO		3105405443			JTRUJILLO816MISENA@EDU.CO		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	34016204	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	406.900	1.100	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34016204	2025-07-04	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1090419618	TRUJILLO GOMEZ JAMES	1.423.500																	0			30	30	0	0	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	405.800	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1090419618	0	JAMES TRUJILLO GOMEZ	I	1	SINARP - SINARP	SUCURSAL	7010	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	MZ 2 LT 5 ERA ETP URB PANAMERICANO		3105405443			JTRUJILLO816MISENA@EDU.CO		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	34016204	I	2025-07-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	406.900	1.100	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34016204	2025-07-04	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	600	0	228.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	227.800	0	600	0	228.400
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	500	0	178.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	178.000	0	500	0	178.500
Gran Total					405.800	0	1.100	0	406.900

INTERVENTORÍA D VÍAS 2025 CONSORCIO

INFORME

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONSORCIO INTERVENTORIA D VIAS 2025

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

INDEPENDIENTES

DIRECTOR INTERVENTORIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79532566
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ALBERTO GOMEZ MONTENEGRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 197#15-04	TELÉFONO:	6092771
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7977693221**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1600798401

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.000	$ 0	$ 288.000
SUBTOTALES:										**$ 288.000**	**$ 0**	**$ 288.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 225.000
SUBTOTALES:													**$ 225.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.400	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:									**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 79532566	GOMEZ MONTENEGRO CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO	04																	25-14 COLPENSIONES	27	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS037-NUEVA EPS	27	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	$ 225.000	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.800.000	79532566	$ 9.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 522.400

NIT: 901943625-8

Señores
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA MUNICIPAL
JORGE OMAR CEPEDA NAVAS
Subsecretario de infraestructura

Cucuta, Norte de Santander

Asunto: Aprobación del Informe Inicial del Componente SST – Contrato N.º 2382 de 2024

Cordial saludo,

En cumplimiento de nuestras funciones de interventoría técnica, administrativa, jurídica, financiera, social, ambiental y en seguridad y salud en el trabajo, del contrato N.º 2382 de 2024, el **CONSORCIO INTERVENTORÍA D VÍAS 2025** se permite informar que el **Informe Inicial del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)** ha sido revisado y **aprobado** por este equipo de interventoría. El informe recoge los hallazgos, condiciones iniciales, observaciones técnicas y cumplimiento documental por parte del contratista en materia de SST, acorde con la normativa legal vigente y los lineamientos contractuales.

Se adjunta el documento correspondiente para su conocimiento y archivo, quedando atentos a cualquier observación o requerimiento adicional que se considere pertinente.

Sin otro particular, agradecemos su atención.

Cordialmente,

Karla Stefanny Parada Rivera
R.L
CONSORCIO INTERVENTORÍA D VÍAS 2025
Grupodd2024@gmail.com
3112515208

INFORME INICIAL DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL

CONSTRUCCION, MANTENIMIENTO Y/O MEJORAMIENTO DE LAS VIAS URBANAS DE LAS COMUNAS 2 Y 3, Y DE LAS VIAS RURALES DE LOS CORREGIMIENTOS DE PUERTO VILLAMIZAR Y BUENA ESPERANZA, MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA (PRESUPUESTO PARTICIPATIVO)”

2025

1. Introducción

El presente informe tiene como objetivo documentar las acciones adelantadas por la empresa UNIÓN TEMPORAL JM VIAL en el marco del cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), en concordancia con la normativa nacional vigente, especialmente la Resolución 0312 de 2019 y la Ley 1562 de 2012.

2. Objetivos

- Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos del SG-SST.

- Documentar la ejecución de actividades preventivas en SST.

- Evidenciar la implementación de controles y entrega de elementos de protección.

- Consolidar las evidencias que respalden el compromiso de la organización con la salud y seguridad de sus trabajadores.

3. Alcance

Este informe aplica para todos los trabajadores vinculados laboralmente a UNIÓN TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo ubicado en Norte de Santander, y abarca el periodo de junio a julio del 2025.

5. Conclusiones

- La empresa UNIÓN TEMPORAL JM VIAL demuestra un alto grado de cumplimiento en la implementación del SG-SST conforme a lo establecido en la normativa nacional.

- Se han afiliado todos los trabajadores al sistema de seguridad social integral, con soportes de pago al día.

- Se evidencia la entrega oportuna de EPP, capacitación e inducción en SST y la ejecución de actividades preventivas.

- La ARL certifica un cumplimiento del 100% en estándares mínimos, destacando el compromiso de la empresa con la salud y seguridad de sus colaboradores.

- Se recomienda continuar con la implementación de actividades de mejora continua y seguimiento de condiciones de trabajo en obra.

INFORME INICIAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. SOPORTES DE AFILIACION DE TRABAJADORES

UNIÓN TEMPORAL

JM VIAL

NIT 901933653-1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **5.428.644**

QUINTERO VARGAS

APELLIDOS

JOHN JAIRO

NOMBRES

John Jairo Quintero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1984**

CONVENCION
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-JUN-2003 CONVENCION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2505400-00922437-M-0005428644-20170718 **0056**27497A 1 7584476718

Powered by CamScanner

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE CODIGO A679 — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: QUINTERO — SEGUNDO APELLIDO: VARGAS — PRIMER NOMBRE: JOHN — SEGUNDO NOMBRE: JAIRO
9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 5428644
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA — NORTE DE SANTANDER — CONVENCION
15. FECHA NACIMIENTO: 08 10 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA: [ ]
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD: [ ]
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: [ ] — NIVEL: [ ] — GRUPO: [ ]
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: [ ]
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: 2400000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: [ ]
26. RESIDENCIA: [ ]
DIRECCIÓN: CALLE 10 # 11-52
TELÉFONO FIJO: [ ]
TELÉFONO CELULAR: 3134876263
CORREO ELECTRÓNICO: quinterojairo1090@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: BARRO EL LLANO
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
COD. DANE: 15034

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] CD [ ] PA [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORIA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I. II. III.												
02							I. II. III.												
03							I. II. III.												
04							I. II. III.												
05							I. II. III.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. SEDE DE LA IPS (N/A SI ES UNICA O ADICIONAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01						15034	
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL [X]
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de aportantes (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación: AV 8 12 80 lc 3 CENTRO — 3153844937 — uniontemporaljmvial@gmail.com — NORTE DE SANTANDER — CUCUTA

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — John Jairo Quintero
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: [ ] — Total: [ ]
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 9 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o de origen la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos: [ ]

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer Apellido — Segundo Apellido — Nombres — Número de Identificación — Fecha de Validación — Sello de la entidad
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PT [ ]
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA — MES — AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA — MES — AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN JAIRO QUINTERO VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.428.644**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C5428644	QUINTERO VARGAS JOHN JAIRO	11/06/2025		38154419	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518530655

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 08:30:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JOHN JAIRO QUINTERO VARGAS identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 5428644 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 30 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.062.908.979**

GARCIA DAZA

APELLIDOS

WILMAR

NOMBRES

Wilmar Garcia D.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1992**

PELAYA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-ABR-2010 PELAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1270000-00263170-M-1062908979-20101029 **0024**40637A 1 26904024

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

CODIGO A679

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: GARCIA | SEGUNDO APELLIDO: DAZA | PRIMER NOMBRE: WILMAR | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DE IDENTIDAD: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ]
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1062908979
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CESAR | MUNICIPIO: PELAYA
15. FECHA NACIMIENTO: 16 04 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORIA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ÉTNIA: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: 2700000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CALLE 10 # 11-52
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 323 440 6512
CORREO ELECTRÓNICO: yurimargarcis@gamil.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO / DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: BARRO EL LLANO
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO PARCIAL [ ]
DPE: 15034

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD: PAÍS
33. LUGAR DE NACIMIENTO: DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A ASIGNAR POR LA EPS)
B1						15034	
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL [X]
56. Tipo documento de identificación: NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PEP [ ]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de aportantes (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación: AV 8 12 80 lc 3 CENTRO | 3153844937 | uniontemporaljmvial@gmail.com | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. REINCIPCION EPS RETORNO AL PAIS, RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Wilmar Garcia D.

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

81. El representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ]
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILMAR GARCIA DAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.062.908.979**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1062908979	GARCIA DAZA WILMAR	11/06/2025		25518713	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518535907

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 09:58:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) WILMAR GARCIA DAZA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1062908979 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 30 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.505.288

QUINTERO VARGAS
APELLIDOS

JOHAN CAMILO
NOMBRES

Jhoan Quintero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1997
CONVENCION
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

07-MAY-2015 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2500100-00712551-M-1090505288-20150604 0044419886A 2 44189543

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 / 06 / 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE CODIGO A679 — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: QUINTERO | SEGUNDO APELLIDO: VARGAS | PRIMER NOMBRE: JOHAN | SEGUNDO NOMBRE: CAMILO
9. TIPO DE IDENTIDAD: CC [X]
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1090505288
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | CONVENCION
15. FECHA NACIMIENTO: 01 / 05 / 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. EPS: SURA
23. AFP: COLFONDOS
24. IBC: 1600000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CALLE 12 # 12-50
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 320 205 3276
CORREO ELECTRÓNICO: jhoancamiloquinterovargas@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO / DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: CAÑO LIMÓN
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 13050

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
26. TIPO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] MS [ ] AS [ ]
29. NÚMERO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD: PAÍS
33. LUGAR DE NACIMIENTO: DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. RECAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I.	II.											
02							I.	II.											
03							I.	II.											
04							I.	II.											
05							I.	II.											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO DIFERENTE	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01						13050	
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL [X]
56. Tipo documento de identificación: NI [ ]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación: AV 8 12 80 lc 3 CENTRO | 3153844937 | uniontemporaljmvial@gmail.com | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. RESCRIPCIÓN EPS/ RETIRO AL PAIS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] MS [ ] AS [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 / 06 / 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional: Joan Quintero.
81. Firma del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio:

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PA [ ]
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

FORMATO CCDS-FOR-0001

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JOHAN CAMILO QUINTERO VARGAS identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1090505288 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 16 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.003.243.831
FUENTES SANTIAGO

APELLIDOS
LUIS MIGUEL

NOMBRES

Luis Miguel Fuentes.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-2000
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

03-SEP-2018 CONVENCION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2502200-01389135-M-1003243831-20231018 0136573264A 1 8509826863

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE CODIGO A679 — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: FUENTES — SEGUNDO APELLIDO: SANTIAGO — PRIMER NOMBRE: LUIS — SEGUNDO NOMBRE: MIGUEL

9. TIPO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1003243831
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA — DEPARTAMENTO: CESAR — MUNICIPIO: VALLEDUPAR
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 11 MES 04 AÑO 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: 1600000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CALLE 12 # 20-50
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 313 543 8745
CORREO ELECTRÓNICO: luismiguelf627@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO / DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: CAÑO LIMÓN
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
COD.: 13050

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
81												
82												
83												
84												
85												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
81							I.	II.											
82							I.	II.											
83							I.	II.											
84							I.	II.											
85							I.	II.											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC (EN EL 2° GRADO ADICIONAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
81						13050	
82							
83							
84							
85							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL [X]
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (si requiere ver la tabla de la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación: AV 8 12 80 lc 3 CENTRO — 3153844937 — uniontemporaljmvial@gmail.com — NORTE DE SANTANDER — CUCUTA

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando sea mayor de edad o afiliado adicional: Luis Miguel Fuentes
81. Firma del aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio:

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PA [ ]
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA — MES — AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA — MES — AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS MIGUEL FUENTES SANTIAGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003243831,** se encuentra afiliado/a desde **14/05/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de junio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1003243831	FUENTES SANTIAGO LUIS MIGUEL	16/06/2025		93239825	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518533283

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 09:14:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) LUIS MIGUEL FUENTES SANTIAGO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1003243831 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 01 de Julio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 15 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

E0860860



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL1285017<<6<<<<<<<<<<<<<<<
8806024F3105308VENE0860860<<<6
MOTA<GONZALEZ<<ZAIDA<DEL<ROSAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1285017

COL

MOTA GONZALEZ
APELLIDOS

ZAIDA DEL ROSARIO
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

105446121
DNI Nro

02-06-1988
FECHA DE NACIMIENTO

24-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

Powered by CamScanner

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE CODIGO A679 — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MOTA — SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ — PRIMER NOMBRE: ZAIDA — SEGUNDO NOMBRE: DEL ROSARIO

9. TIPO DE IDENTIDAD: CN [ ] RC [ ] *C [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ] TI [X]
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1285017
11. SEXO BIOLÓGICO: [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: [X] Cual?
13. NACIONALIDAD: VENEZOLANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS VENEZUELA — DEPARTAMENTO TACHIRA — MUNICIPIO SAN ANTONIO
15. FECHA NACIMIENTO: 02 06 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: 1600000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KDX142-148
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 311 551 6600
CORREO ELECTRÓNICO: zmota0576@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: CORREGIMIENTO BUENA ESPERANZA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 13050

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] Nid [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD: PAÍS
33. LUGAR DE NACIMIENTO: DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CUAL/CATEGORIA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PENSIONADO? SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
31						13050	
32							
33							
34							
35							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL [X]
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación: AV 8 12 80 lc 3 CENTRO — 3153844937 — uniontemporaljmvial@gmail.com — NORTE DE SANTANDER — CUCUTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Nº TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [X]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
16. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN
B) DIFERENTE REGIMEN
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] Nid [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] RC [ ] CE [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Zaida Mota

Cabeza de familia, beneficiario, cotizante o afiliado adicional — Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ]
Número de identificación del funcionario
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA — MES — AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA — MES — AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Colpensiones

CUCUTA, 16 de Junio de 2025 2025_12050320-45467567

Señor (a):
ZAIDA DEL ROSARIO MOTA GONZALEZ
CORREGIMIENTO BUENA ESPERANZA CASA 1
CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

COLPENSIONES - 2025_12050320
16/06/2025 04:06:10 PM
CUCUTA
NORTE DE SANTANDER - AFILIACIONES
IMAGENES:2
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

Referencia: Radicado No. 2025_12050320 del 16 de Junio de 2025
Ciudadano: ZAIDA DEL ROSARIO MOTA GONZALEZ
Identificación: P.T 1285017
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1
Documento de identidad del ciudadano ampliado al 150%	1

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Powered by CamScanner

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) ZAIDA DEL ROSARIO MOTA GONZALEZ identificado(a) con PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL N° 1285017 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 25 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.093.780.281**

MANOSALVA CHACON

APELLIDOS

EDWIN JOSE

NOMBRES

EDWIN manosalva

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-AGO-1995**

EL ZULIA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-AGO-2013 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2505400-00484563-M-1093780281-20131003 **0035**258427A 1 41392491

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

CODIGO A679

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MANOSALVA | SEGUNDO APELLIDO: CHACON | PRIMER NOMBRE: EDWIN | SEGUNDO NOMBRE: JOSE
9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1093780281
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | EL ZULIA
15. FECHA NACIMIENTO: 24 08 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: 1600000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: KDX142-148
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 310 888 9413
CORREO ELECTRÓNICO: diegoandrade2611@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO / DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: CORREGIMIENTO BUENA ESPERANZA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
COD: 15034

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ] RC [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC (a/c AFILIADO COTIZANTE)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1						15034	
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL [X]
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] CE [ ] CC [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación: AV 8 12 80 lc 3 CENTRO | 3153844937 | uniontemporaljmvial@gmail.com | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ] RC [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] MS [ ] RC [ ] SC [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

EDWIN Manosalva

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PA [ ]
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Colpensiones

CUCUTA, 16 de Junio de 2025 2025_12050665-45467658

Señor (a):
EDWIN JOSE MANOSALVA CHACON
CORREGIMIENTO BUENA ESPERANZA
CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

COLPENSIONES - 2025_12050665
16/06/2025 04:09:06 PM
CUCUTA
NORTE DE SANTANDER -
AFILIACIONES
IMAGENES:2
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

Referencia: Radicado No. 2025_12050665 del 16 de Junio de 2025
Ciudadano: EDWIN JOSE MANOSALVA CHACON
Identificación: C.C. 1093780281
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1
Documento de identidad del ciudadano ampliado al 150%	1

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1093780281	MANOSALVA CHACON EDWIN JOSE	15/06/2025		16425122	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518529427

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 08:10:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) EDWIN JOSE MANOSALVA CHACON identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1093780281 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 30 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.805.729

ARENAS ALVAREZ
APELLIDOS

KEVIN MIGUEL
NOMBRES

Kevin Arenas A
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1997

ABREGO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAR-2015 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4000100-00702200-M-1116805729-20150505 0044068448A 1 41602857

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

186816360

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Arenas	Alvarez	Kevin	Miguel.

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1.116.805.729	Femenino; Masculino X	F; M X; T; NB; Otro; Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	NDS	Abrego	14 03 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Protección	1'600.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Puerto Ureas Mz A lote 14.	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3116967102.	Kevinarenas2220@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
NDS	Cucuta		Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural X

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino; Masculino	F; M; T; NB; Otro; Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

QEIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT 900356263-1 1000644459 Sku: 23572

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Temporal Jm Vial Union	Nit	901.933.653	

59. Ubicación
Dirección: Av 8# 12-80 Lc 3 Centro

Teléfono fijo o Celular: 3153844937

Correo Electrónico:

Departamento: Nds

Municipio / Distrito: Cucuta

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Arenas	Alvarez	Kevin	Miguel.

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.116.805.729	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	14 03 1997

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	16 06 2025	Código	

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 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.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Kevin Arenas A	Yenit Becerra Duarte

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC 1 CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 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 1

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	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES: Ayudante de Obra

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	07-07-2025	

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

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

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

Nombre del Afiliado Kevin Miguel Arenas Alvarez

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

Kevin Arenas A.

Firma del Afiliado

Documento de Identidad 1.116.905.729.

FIRMA A RUEGO

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

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

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

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

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

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Kevin Arenas A

Nombre: Kevin Miguel Arenas Alvarez

Identificación: 1.116.805.729.

Fecha: 07-07-2025

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARENAS ALVAREZ KEVIN MIGUEL** identificado(a) con **CC** número **1.116.805.729** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de mayo de 2016 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) KEVIN MIGUEL ARENAS ALVAREZ identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1116805729 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 01 de Julio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 26 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.091.356.628



Apellidos
VILLABONA SUAREZ

Nombres
ANDERSON JESUS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.77	M

Fecha de nacimiento	G.S.
17 DIC 2005	A+

Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
15 ENE 2024, CUCUTA

Firma
Anderson

Fecha de expiración
15 ENE 2034

.CO

039725561

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039725561225001<<<<<<<<<<<
0512170M3401158COL1091356628<3
VILLABONA<SUAREZ<<ANDERSON<JES

Powered by CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1091356628
Nombres:	ANDERSON JESUS VILLABONA SUAREZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2025-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	NORTE DE SANTANDER SAN JOSE DE CUCUTA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	NORDVITAL IPS S.A.S.

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-07-04 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-08-03

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDERSON JESUS VILLABONA SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1091356628,** se encuentra afiliado/a desde **16/06/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) ANDERSON JESUS VILLABONA SUAREZ identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1091356628 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 01 de Julio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 26 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

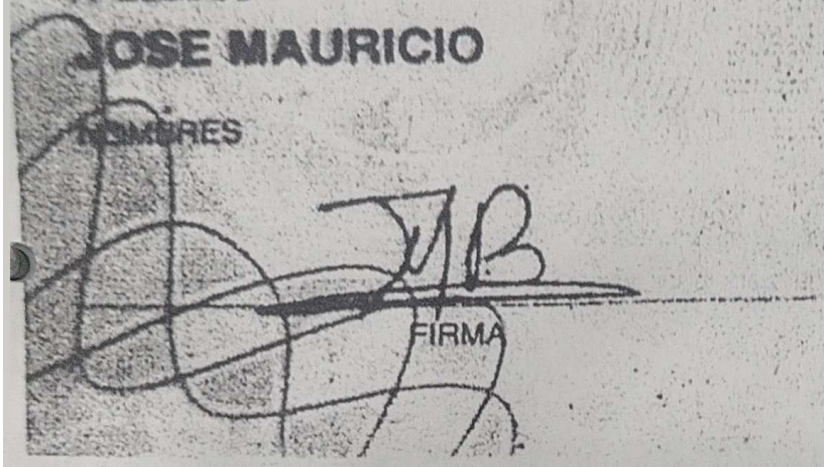
NUMERO **1.007.842.576**

MORA BALLESTEROS

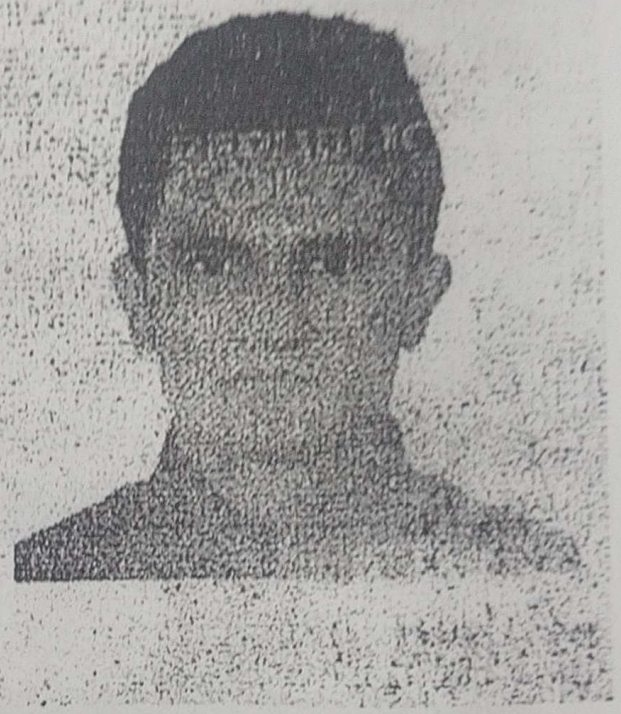
APELLIDOS

JOSE MAURICIO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1998**

CONVENCION
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-JUL-2016 CONVENCION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2502200-00843208-M-1007842576-20160812 0050641223A 1 46074312

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

184217151

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐
- Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☒

3. Régimen
A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MORA	ONESTEROS	JOSE	MAURICIO

7. Tipo de documento de identidad
CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐
RC ☐ CC ☒ PA ☐ SC ☐

8. Número del documento de identidad
1007842576

9. Sexo
Femenino ☐ Masculino ☒

10. Fecha de nacimiento
24 06 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad
Tipo F ☐ N ☐ M ☐ Condición T ☐ P ☐

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
SURA

16. Administradora de Pensiones
COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC
2700 000=

18. Residencia

Dirección: Calle 107 11-52 3 El Llano

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3176419873

Correo Electrónico: pandajmora@gmail.com

Municipio / Distrito: OCAÑA

Zona: Urbana ☒ Rural ☐

Localidad / Comuna:

Departamento: N de S

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad
CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐
RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐

21. Número del documento de identidad

22. Sexo
Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento
D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B2		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B3		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B4		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B5		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		14918 - 13730
B		
B		
B		

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

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 100264458 Sku.23572

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

35. Nombre o razón social: OT JM VIAL

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

37. Número del documento de Identificación: 901933653

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

39. Ubicación
Dirección: Cr 8 # 12 - 80

Teléfono Fijo: 3153844937

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Cienaga

Departamento: MAG

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [ ] PA [ ] SC [ ]

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 16 06 2025

43. EPS anterior: SANITAS

44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de Validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones: Ant Adm. / SE ADJUNTA DOCUMENTOS CREACION DE EMPRESA CC 12 DE CODIGO / UT NIT: 901933653

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: Julio Tafur

Sello de Radicación: Julio Tafur 13-06-2025

Sticker procesamiento: Julio Tafur 480416

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE MAURICIO MORA BALLESTEROS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007842576,** se encuentra afiliado/a desde **05/10/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1007842576	MORA BALLESTEROS JOSE MAURICIO	11/06/2025		31200815	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518265902

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 01/07/2025 18:18:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JOSE MAURICIO MORA BALLESTEROS identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1007842576 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 11 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1963

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-NOV-1981 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

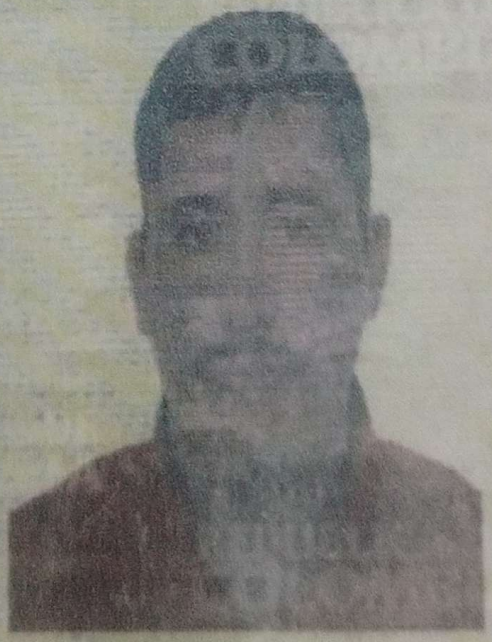
A-2500100-57135452-M-0013467380-20050408 05309 05096A 02 143542604

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.467.380

DUARTE CACERES
APELLIDOS

JOSE HENRY
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CODIGO A679

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

FECHA DE RADICACIÓN: 19 06 2025

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: DUARTE | SEGUNDO APELLIDO: CACERES | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: HENRY

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13467380
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: 01 08 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. CONSULTADO INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: 4.000.000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CALLE 20BN 3 99
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 316 337 4561
CORREO ELECTRÓNICO: privado.sec.cucuta@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: URBANIZACION TASAJERO
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 12563

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (RC TI CC CE SC PA CD AS PT)	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario

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

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A SER ASIGNADA POR LA EPS)
B1						12563	
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ] — [X]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación
AV 8 12-80 LOC 3 CENTRO | 3153844937 | uniontemporaljmvial@gmail.com | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

81. El empleador, aportante o empleador responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

92. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: Total
93. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
94. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
95. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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. [ ]
96. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
97. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
98. 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. [ ]
99. 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 [ ]
100. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
101. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PT [ ] SC [ ]
Número de documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE HENRY DUARTE CACERES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13467380,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JOSE HENRY DUARTE CACERES identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 13467380 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 28 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 27 de Mayo de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 02 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **60.347.790**

GAONA ORDOÑEZ

APELLIDOS

JOMAIRA BENEDICTA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1968**

VILLA CARO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-AGO-1990 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2500100-00287828-F-0060347790-20110401 0026489733A 1 36562692

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

184264309

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia — B. Colectiva — D. De Oficio; - Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional: X

3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gaona	Ordoñez	Jomaira	Benedicta.

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC: X — PA — SC

8. Número del documento de identidad: 60.347 790

9. Sexo: Femenino: X — Masculino

10. Fecha de nacimiento: 01 11 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condición: T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1142350O

18. Residencia

Dirección: Cll 21 # 16BE-38 APT 201 Piza

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 312421 3584

Correo Electrónico: osreyes6200@hotmail.com

Municipio / Distrito: Cucuta

Zona — Urbana: X — Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: NPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino — Masculino

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana — Rural			
B2		F N M	T P		Urbana — Rural			
B3		F N M	T P		Urbana — Rural			
B4		F N M	T P		Urbana — Rural			
B5		F N M	T P		Urbana — Rural			

Selección de la IPS Primaria

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

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

OFIX SUMINISTROS Y LOGISTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 100264458 Sku.23572

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Unión temporal Jm Vial	NIT X TI CE CC PA CD	901.933.653	

39. Ubicación

Dirección: Av 8# 12-80 Lc 3 Centro — Teléfono Fijo: 3153844937

Correo Electrónico — Municipio / Distrito: Cúcuta — Departamento: NDS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	27 05 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: Profesional SST
COT DEP
0001

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

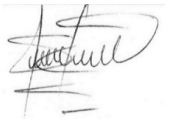
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	27-05-2025	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOMAIRA BENEDICTA GAONA ORDOÑEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **60347790,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JOMAIRA BENEDICTA GAONA ORDOÑEZ identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 60347790 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 25 de Mayo de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

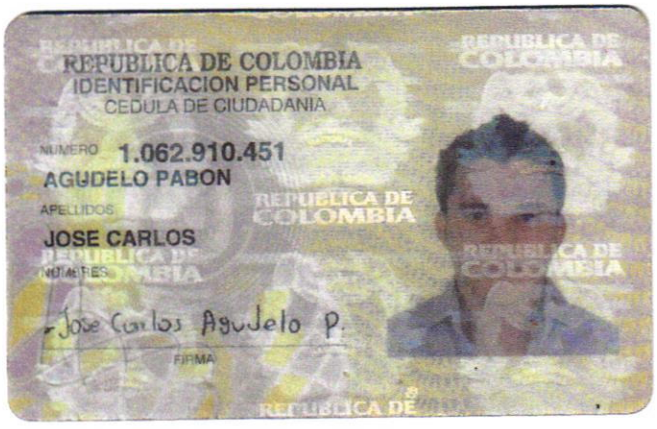
Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

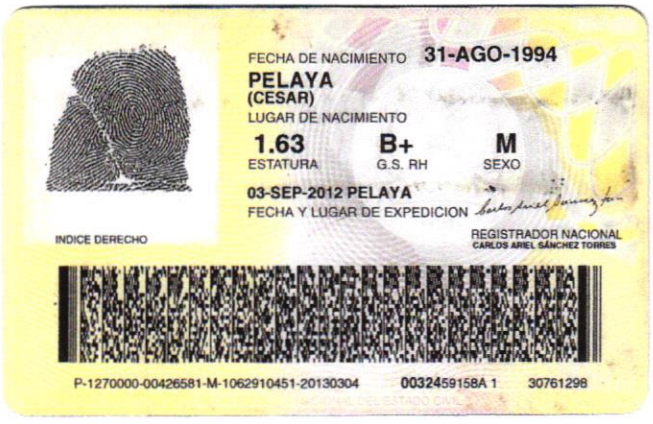
Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.062.910.451
AGUDELO PABON
APELLIDOS
JOSE CARLOS
NOMBRES
Jose Carlos Agudelo P.
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1994
PELAYA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
03-SEP-2012 PELAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1270000-00426581-M-1062910451-20130304
0032459158A 1
30761298

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CODIGO A679

FECHA DE RADICACIÓN: 03 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: AGUDELO | SEGUNDO APELLIDO: PABON | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: CARLOS

9. TIPO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1062910451
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otra [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO CESAR | MUNICIPIO PELAYA
15. FECHA NACIMIENTO: 31 08 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: CALLE 11 # 7-55
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 322 801 0656
CORREO ELECTRÓNICO: jose.karlos_31@hotmail.com
DEPARTAMENTO: CESAR
MUNICIPIO/ DISTRITO: PELAYA
LOCALIDAD/COMUNA: CENTRO
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 13138

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] PA [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otra [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	26. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. RECIBE PENSIONES: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
31							I.	II.											
32							I.	II.											
33							I.	II.											
34							I.	II.											
35							I.	II.											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
31						13138	
32							
33							
34							
35							

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

55. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL JM VIAL
56. Tipo documento de identificación: NI [X]
57. Número del documento de identificación: 901933653
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Ubicación | DIRECCIÓN: AV 8 12-80 LOC 3 CENTRO | TELÉFONO: 3153844937 | CORREO ELECTRÓNICO: uniontemporaljmvial@gmail.com | DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO: CUCUTA

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otra [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 27 05 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CN [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. Cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Jose carlos Agudelo P.
81. Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Zenith B.

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PA [ ]
Número de documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AGUDELO PABON JOSE CARLOS** identificado(a) con **CC** número **1.062.910.451** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1062910451	AGUDELO PABON JOSE CARLOS	16/06/2025		13612615	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518531686

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 08:48:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Afiliaciones Pendientes

Radicada En trámite Por corregir Corregida

Radicado	Fecha Afiliación	Tipo y Número de Identificación	Nombres y Apellidos	Estado	Opciones
539173	30-06-2025 22:12:43	CC 1062910451	JOSE CARLOS AGUDELO PAAVON	Corregida	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 88263769



REYES PINEDA
APELLIDOS

OSCAR EDUARDO
NOMBRES

Oscar E. Reyes
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1983
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

04-ABR-2001 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-2500100-55097262-M-0088263769-20011218 04658 01352A 01 117307304

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

184217998

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ( ) B. Reporte de Novedades (X)

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ( ) B. Colectiva ( ) D. De Oficio ( ) - Beneficiario o Afiliado adicional ( ) C. Institucional (X)

3. Régimen: A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Reyes	Pineda	Oscar	Eduardo

7. Tipo de documento de identidad: CN ( ) TI ( ) CE ( ) CD ( ) RC ( ) CC (X) PA ( ) SC ( )

8. Número del documento de identidad: 88.263.769.

9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)

10. Fecha de nacimiento: 19 03 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F ( ) N ( ) M ( ) Condición T ( ) P ( )

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'423500

18. Residencia

Dirección: Av 0 # 20-41 conjunto cerrado Villa parque cs 12

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3115301269

Correo Electrónico: osreyes62@hotmail.com

Municipio / Distrito: Cucuta

Zona: Urbana (X) Rural ( )

Localidad / Comuna:

Departamento: NDS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN ( ) TI ( ) CE ( ) CD ( ) RC ( ) CC ( ) PA ( ) SC ( )

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F ( ) N ( ) M ( )	T ( ) P ( )		Urbana ( ) Rural ( )			
B2		F ( ) N ( ) M ( )	T ( ) P ( )		Urbana ( ) Rural ( )			
B3		F ( ) N ( ) M ( )	T ( ) P ( )		Urbana ( ) Rural ( )			
B4		F ( ) N ( ) M ( )	T ( ) P ( )		Urbana ( ) Rural ( )			
B5		F ( ) N ( ) M ( )	T ( ) P ( )		Urbana ( ) Rural ( )			

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Union Temporal Jm Vial	NIT X TI CE CC PA CD	901.933.653	

39. Ubicación

Dirección: AV 8 # 12-80 Lc 3 centro — Teléfono Fijo: 3153844937

Correo Electrónico — Municipio / Distrito: Cucuta. — Departamento: NDS.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	27 05 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Oscar E Reyes.	Leith Becerra

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio / Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: Residente de Obra COLSEG Ltda

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	27-06-2025	

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR EDUARDO REYES PINEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.263.769**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C88263769	REYES PINEDA OSCAR EDUARDO	16/06/2025		18345217	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518534726

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 09:38:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) OSCAR EDUARDO REYES PINEDA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 88263769 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 16 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.094.426.820**

VELANDIA SILVA

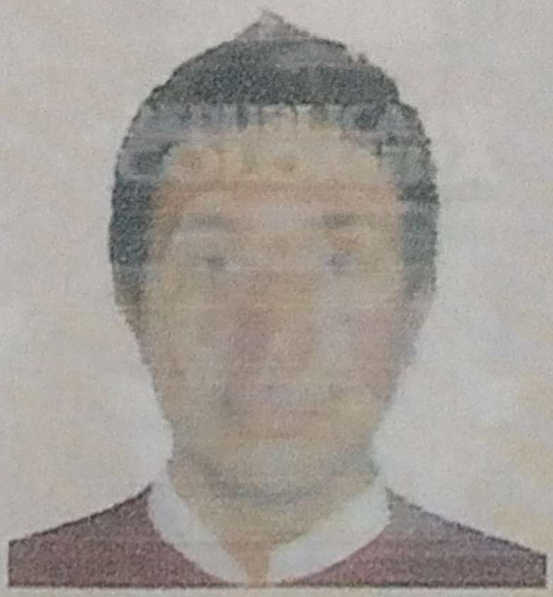
APELLIDOS

MARCOS FERNANDO

NOMBRES

Marcos Fernando Velandia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1991**

DURANIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	AB-	M
ESTATURA	G.S RH	SEXO

21-ENE-2010 DURANIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2503400-00328994-M-1094426820-20110831 0027883732G 1 27341684

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELANDIA SILVA MARCOS FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.094.426.820** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Medellín, 04 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1094426820	VELANDIA SILVA MARCOS FERNANDO	11/06/2025		129140a4	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412518534055

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 09:27:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.151.141, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) MARCOS FERNANDO VELANDIA SILVA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1094426820 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 27 de Mayo de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01B 00000000 *

FECHA DE RADICACIÓN: 08 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

CODIGO A679

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B) Cotizante o cabeza de familia [X] B) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: 001

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VELANDIA	SILVA	MARCOS	FERNANDO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1094426820
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / NORTE DE SANTANDER / DURANIA
15. FECHA NACIMIENTO: 31 12 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]		SI [ ] NO [X]					SURA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PROTECCION	1600000			CALLE 2 # 1-26

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3105654822	marcofernandovelandia@hotmail.com	NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
DURANIA,	BARRRIO LA PALMA	CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	2624

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Conyuge o compañero (a) permanente del anticante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PLURIFAMILIAR SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: LOCALIDAD/ COMUNA	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II. III.	A. B.											
B2							I. II. III.	A. B.											
B3							I. II. III.	A. B.											
B4							I. II. III.	A. B.											
B5							I. II. III.	A. B.											

	TELÉFONO FIJO Y/O VÍA CELULAR	52. VALOR DE LA UPC 53. REGÍMEN ANTERIOR	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	57. IPS	58. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
B1						2624	
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador
UNION TEMPORAL JM VIAL	NI [X] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]	901933653	DEPENDIENTE

59. Ubicación				
AV 8 12-80 LOC 3 CENTRO	3153844937	uniontemporaljmvial@gmail.com	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INGRESO AL PAGO DE LA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 16 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGINAS DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

Marcos Fernando Velandia
80. El cotizante, padre de familia, beneficiario reconocido adicional o afiliado adicional

Zenith B.
81. El empleador, pensionado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del carnet del empleado o de la Fuerza pública, acta de promoción o nombramiento judicial o que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la disolución, 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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos [ ]

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] Número del funcionario de la entidad: 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

CODIGO A679 LUCELY BUITRAGO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.091.970.924



Apellidos
ZUÑIGA GONZALEZ

Nombres
JOSEPH STEVENS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
18 SEPT 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
08 NOV 2024, VILLA DEL ROSARIO

Fecha de expiración
08 NOV 2034

Firma
Joseph Zuñiga

.CO

058765403

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL058765403625100<<<<<<<<<<<
0609182M3411089COL10919709 24<4
ZUNIGA<GONZALEZ<<JOSEPH<STEVEN

Powered by CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1091970924
Nombres:	JOSEPH STEVENS ZUÑIGA GONZALEZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2025-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	NORTE DE SANTANDER SAN JOSE DE CUCUTA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	NORDVITAL IPS S.A.S.

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-07-04 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-08-03



CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSEPH STEVENS ZUÑIGA GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1091970924,** se encuentra afiliado/a desde **19/11/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de junio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JOSEPH STEVENS ZUÑIGA GONZALEZ identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1091970924 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 30 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 25 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

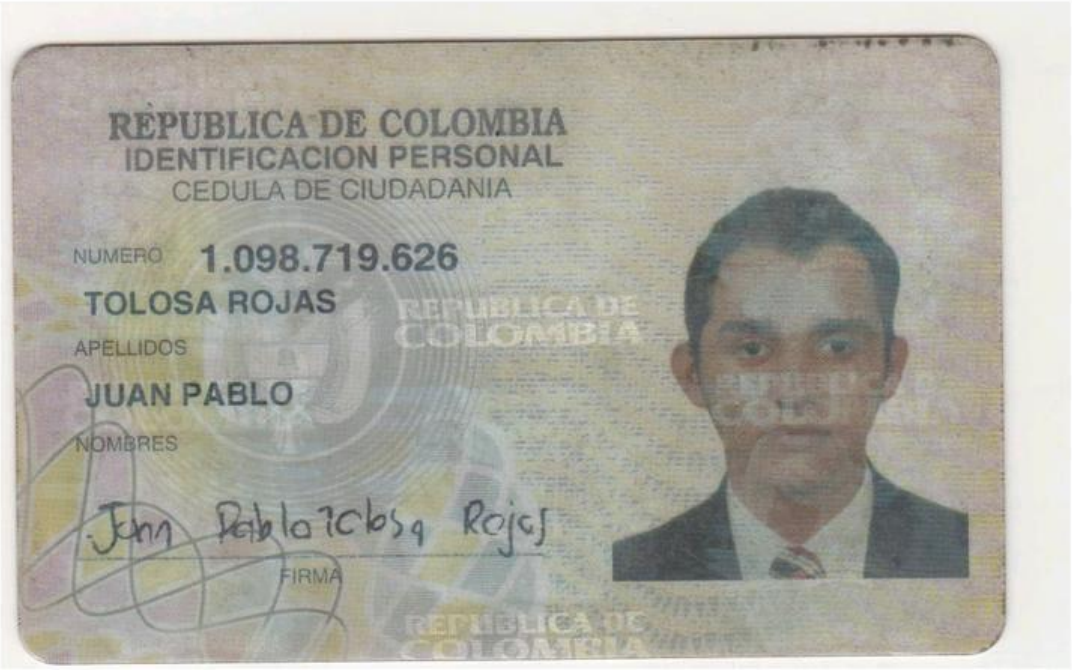
Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.719.626

TOLOSA ROJAS

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1992

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

09-ABR-2010 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2700100-00238019-M-1098719626-20100504 0022104199A 1 30518923

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1098719626
Nombres:	JUAN PABLO TOLOSA ROJAS
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2024-11-16
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	SANTANDER BUCARAMANGA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	CONFIMED S.A.S SERVICIOS MEDICO CONFIABLES S.A.S

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-07-04 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-08-03

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN PABLO TOLOSA ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.719.626**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JUAN PABLO TOLOSA ROJAS identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1098719626 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 28 de Junio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 27 de Mayo de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.093.779.949

Apellidos
HERNANDEZ HERNANDEZ

Nombres
JEFFERSON JESUS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
27 MAR 1995

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
13 AGO 2013, LOS PATIOS

Firma

Fecha de expiración
28 FEB 2035



.CO

076280432

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL076280432425054<<<<<<<<<<
9503272M3502284COL1093779949<4
HERNANDEZ<HERNANDEZ<<JEFFERSON

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1093779949
Nombres:	JEFFERSON JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2015-04-14
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	NORTE DE SANTANDER SAN JOSE DE CUCUTA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-07-04 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-08-03

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEFFERSON JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.779.949**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) JEFFERSON JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA N° 1093779949 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 01 de Julio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 26 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 04 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
13177362
NUMERO

BECERRA ALVAREZ
APELLIDOS

LIADER SMITH
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1984

CONVENCION
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-DIC-2002 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2506100-57112201-M-0013177362-20030526 03805 03146O 02 140256454

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 13177362
Nombres:	LIADER SMITH BECERRA ALVAREZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2024-03-06
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	B
Departamento - Municipio:	BOLIVAR CARTAGENA DE INDIAS

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	FUNDACION SOCIAL PARA PROMOCION DE VIDA

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-07-04 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-08-03

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LIADER SMITH BECERRA ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.177.362**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfanorte®
Donde queremos estar
Vigilado Supersubsidio

Usuario: UNION TEMPORAL JM VIAL
IP: 186.144.151.141
Cerrar Sesión

Inicio | Mis Certificados | Afiliación Electrónica | Mis Afiliados

Formulario de afiliación radicado correctamente

Su radicado es: 541297
Hemos recibido su solicitud, la cual se encuentra en trámite, la Caja cuenta con 30 días calendario para dar trámite a su solicitud.

Afiliaciones Pendientes

Radicada | En trámite | Por corregir | Corregida

Radicado	Fecha Afiliación	Tipo y Número de Identificación	Nombres y Apellidos	Estado	Opciones
539173	30-06-2025 22:12:43	CC 1062910451	JOSE CARLOS AGUDELO PAAVON	Corregida	
541297	08-07-2025 10:13:57	CC 13177362	LIADER SMITH BECERRA ALVAREZ	Radicada	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6107523

COL

RUBIO DIAZ
APELLIDOS
RICARDO
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
20602787
DNI No.
03-04-1989
FECHA DE NACIMIENTO
19-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

Ricardo Rubio

FIRMA



E0128059

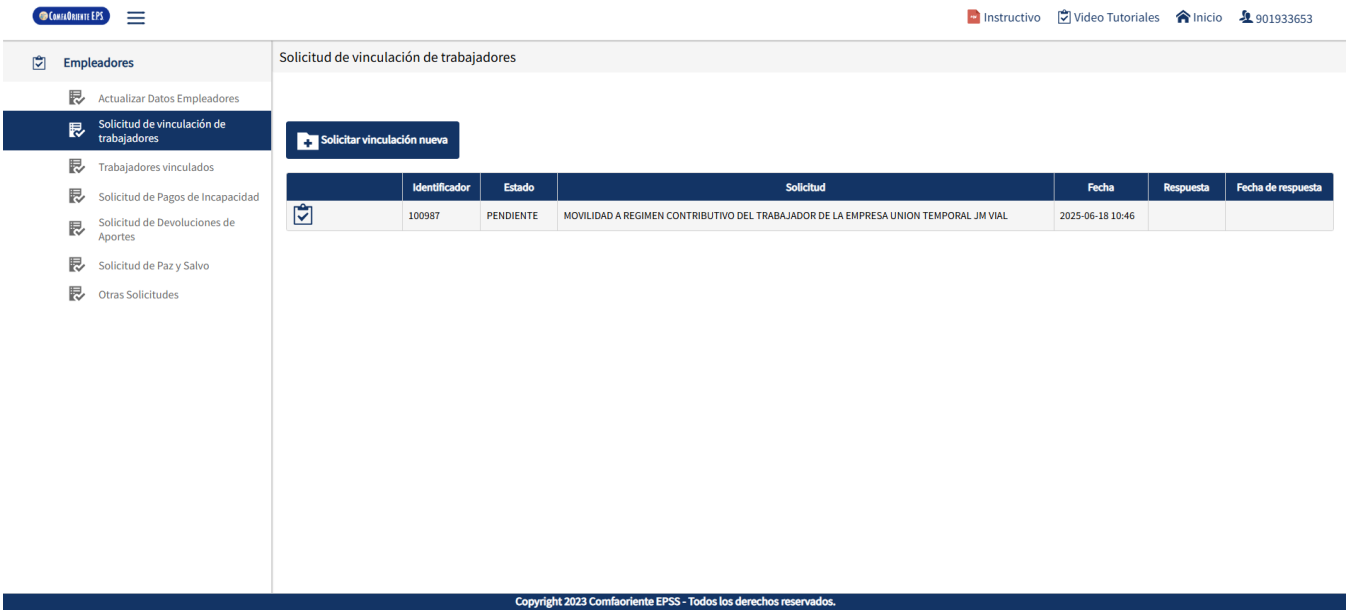
INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Jaime Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6107523<<2<<<<<<<<<<<<<<<
8904034M3105308VENE0128059<<<7
RUBIO<DIAZ<<RICARDO<<<<<<<<<<<


Instructivo
Video Tutoriales
Inicio
901933653
Empleadores
Actualizar Datos Empleadores
Solicitud de vinculación de trabajadores
Trabajadores vinculados
Solicitud de Pagos de Incapacidad
Solicitud de Devoluciones de Aportes
Solicitud de Paz y Salvo
Otras Solicitudes
Solicitud de vinculación de trabajadores
Solicitar vinculación nueva
Identificador
Estado
Solicitud
Fecha
Respuesta
Fecha de respuesta
100987
PENDIENTE
MOVILIDAD A REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL TRABAJADOR DE LA EMPRESA UNION TEMPORAL JM VIAL
2025-06-18 10:46
Copyright 2023 Comfaoriente EPSS - Todos los derechos reservados.

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER
COMFANORTE
NIT 890500516-3

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) RICARDO RUBIO DIAZ identificado(a) con PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL N° 6107523 se encuentra afiliado(a) a esta corporación desde día 01 de Julio de 2025 por medio del empleador UNION TEMPORAL JM VIAL con NIT 901933653-1, con fecha de contratación desde el día 16 de Junio de 2025.

NOTA: El presente CERTIFICADO corresponde únicamente a la afiliación del trabajador a COMFANORTE, sin incluir a su núcleo familiar.

La presente constancia se expide a solicitud del empleador el día 08 de Julio de 2025

OLGA LUCIA CORDERO ZAMBRANO
Coordinador de Afiliaciones

**Certificado generado por la Oficina Virtual Comfanorte.

Cúcuta
Edificio Comfanorte
Av. 1 Calle 9 Barrio Latino
PBX 6075823455

Pamplona
Calle 6 No. 3-69
Barrio El Carmen
Teléfono 6075689105

Ocaña
Carrera 11 No. 12-40
Barrio El Tamaco
Teléfono 6075610235

Tibú
Carrera 6 No. 2-95
Barrio Miraflores
Teléfono 6075663399

www.comfanorte.com.co | Línea gratuita nacional: 01 8000 975000

VIGILADO SuperSubsidio


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 10.282.515
RAMIREZ ACUÑA
APELLIDOS
JAIME
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1968
MACARAVITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
28-FEB-1987 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-2500100-00067562-M-0010282515-20080908
0003130136A 1
7050002152

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Código Asesor **N0495**

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA 19 | MES 06 | AÑO 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✔] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T.		F M	F [✔] M T NB Otro — Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIA	COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	DÍA MES AÑO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]	SI [ ] NO [✔]					SURA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
COLPENSIONES	$ 1.500.000			AN 5 # 8-21 SAN LUIS

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3115484411	jaimeramirez@hotmail.com	NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
CUCUTA		CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	13050

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

27. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro — Cual?

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

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

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

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INDEPENDIENTE	N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.		INDEPENDIENTE

59. Ubicación	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RAMIREZ	ACUÑA	JAIME	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. [✔] C.E. S.C. C.D. P.T.	10282515	F [✔] M	F M [✔] T NB Otro — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA 08 MES 10 AÑO 1968		DÍA 16 MES 06 AÑO 2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	

IX. FIRMAS

POR: JAIME RAMIREZ

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

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

Total [ ]

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

nueva eps
Radicado en Proceso
ASESOR COMERCIAL - 3102965675

Total Anexos 0

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

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

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

94. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	97. FECHA DE VALIDACIÓN
C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

R

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

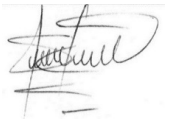
VIGILADO Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIME RAMIREZ ACUÑA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10282515,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 de june de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JAIME RAMIREZ ACUÑA identificado(a) con cédula de ciudadanía 10282515 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/06/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

UNION TEMPORAL JM VIAL N901933653

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

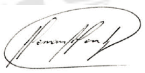
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 27/06/2025 7.34 PM


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 60.363.447
CALDERON MARTINEZ
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1973
SAN VICENTE DE CHUCURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-ENE-1993 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

ComfaOriente E.P.S.'S
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO
NIT 890500675-6

COMFAORIENTE EPS'S

CCFC50
NIT 890500675-6

CERTIFICADO DE ESTADO DE AFILIACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN: Viernes, 07 Feb 2025 08:28 AM

Régimen: CONTRIBUTIVO
Identificación: CC 60363447
Apellidos: CALDERON MARTINEZ
Nombres: SANDRA MILENA
Fecha nacimiento: 03/08/1973

Ficha SISBÉN: 0

Municipio: CUCUTA

ESTADO DE AFILIADO ACTIVO

Sexo: F
CATEGORIA Categoria A
Tipo Afiliado: Cotizante

Fecha Afiliación: 01/02/2025

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Discapacidad:
No registra
Condición:
NO

SITIOS DE ATENCIÓN	IPS	CONTRATO
NIVEL 1:	ALIADOS EN SALUD S.A.	CCFC50-073-2025
NIVEL 2:	CLINICA SANTA ANA S.A.	CCFC50-026-2025
P Y P:	ALIADOS EN SALUD S.A.	CCFC50-074-2025
URG.:	CLINICA SANTA ANA S.A.	CCFC50-026-2025
FARMACIA:	DISFARMA GC SAS	CCFC50-064-2025
IMAGENOLOGÍA:	ALIADOS EN SALUD S.A.	CCFC50-073-2025
LAB. CLÍNICO:	ALIADOS EN SALUD S.A.	CCFC50-073-2025

ComfaOriente E.P.S.'S
DIGITADO MATERIAS
FECHA

Firma Autorizada

USUARIO VERIFICA	JESÚS DAVID VEGA	INFORMACIÓN GENERADA SIS-WEB 2023 V 3.0

Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CALDERON MARTINEZ SANDRA MILENA** identificado(a) con **CC** número **60.363.447** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 1997 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Medellín, 04 de julio de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que SANDRA MILENA CALDERON MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 60363447 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/06/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

UNION TEMPORAL JM VIAL N901933653

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C603985412518533169

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 04/07/2025 9.12 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.756.065
PEDRAZA CONTRERAS

APELLIDOS
KARENT JULIET

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1994
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
A- G.S. RH
F SEXO

21-JUN-2012 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2700100-00392179-F-1098756065-20120809 0030755127A 1 38107762

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KARENT JULIET PEDRAZA CONTRERAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098756065,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 04 de julio de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que KARENT JULIET PEDRAZA CONTRERAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098756065 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/06/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

UNION TEMPORAL JM VIAL N901933653

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C603985412518533012

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 04/07/2025 9.10 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 11 de Julio 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C60385645	MOSQUERA NIEVES ANGELA PATRICIA	07/07/2025		63195241	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412519260802

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/07/2025 16:53:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.68.203.91, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELA PATRICIA MOSQUERA NIEVES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **60.385.645**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 05 de Agosto 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 UNION TEMPORAL JM VIAL, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, 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
C1116805729	ARENAS ALVAREZ KEVIN MIGUEL	25/06/2025		25315013	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C13177362	BECERRA ALVAREZ LIADER SMITH	16/06/2025		13Ga1362	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C13467380	DUARTE CACERES JOSE HENRY	16/06/2025		61AB9227	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C60347790	GAONA ORDOÑEZ JOMAIRABENEDICTA	16/06/2025		12415795	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1093779949	HERNANDEZ HERNANDEZ JEFFERSON JESUS	26/06/2025		¹s219YV4	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
X1285017	MOTA GONZALEZ ZAIDA DEL ROSARIO	24/06/2025		f4428191	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1090505288	QUINTERO VARGAS JOHAN CAMILO	16/06/2025		v5204vQ1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
X6107523	RUBIO DIAZ RICARDO	16/06/2025		245220N2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1098719626	TOLOSA ROJAS JUAN PABLO	16/06/2025		01582224	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1091356628	VILLABONA SUAREZ ANDERSON JESUS	15/06/2025		1384D139	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1091970924	ZUÑIGA GONZALEZ JOSEPH STEVEN	25/06/2025		19731991	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C603985412521754807

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 05/08/2025 15:13:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.221.178.112, 198.143.41.22, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME INICIAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. SOPORTES DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES

UNIÓN TEMPORAL

JM VIAL

NIT 901933653-1

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8637175703
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8637175703
Fecha Pago Planilla: 2025-07-18

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	UNION TEMPORAL JM VIAL	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901933653	D.V.	1	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	AV 8 12 80 LC 3 CENTRO	DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTAD	MUNICIPIO	CUCUTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	UNIONTEMPORALJMVIAL@GMAIL.COM	TELÉFONO	3153844937
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	60398541	PRIMER APELLIDO	BECERRA	SEGUNDO APELLIDO	QUINTERO
PRIMER NOMBRE	ZENITH	SEGUNDO NOMBRE	JOHANNA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 06	Año: 2025	Mes: 07	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
25		$22.526.005		8637175703

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1062910451	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	AGUDELO PABON JOSE CARLOS	$2.000.000
CC-88200958	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	ANDRADE DIEGO FERNANDO	$1.600.000
CC-1116805729	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	ARENAS ALVAREZ KEVIN MIGUEL	$1.600.000
CC-13177362	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	BECERRA ALVAREZ LIADER SMITH	$1.700.000
CC-1090366885	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	CAICEDO BRICEÑO FERNANDO ANCISAR	$1.600.000
CC-1004844087	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	CAMARON DIAZ JOSE RICARDO	$1.600.000
CC-13467380	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	DUARTE CACERES JOSE HENRY	$4.000.000
CC-1003243831	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	FUENTES SANTIAGO LUIS MIGUEL	$1.600.000
CC-60347790	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	GAONA ORDOÑEZ JOMAIRA BENEDICTA	$1.423.500
CC-1062908979	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	GARCIA DAZA WILMAR	$2.600.000
CC-1093779949	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	HERNANDEZ HERNANDEZ JEFFERSON JESUS	$1.600.000
PT-5302209	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	HIDALGO NUÑEZ JOSE GREGORIO	$1.600.000
CC-1093780281	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	MANOSALVA CHACON EDWIN JOSE	$1.600.000
CC-1007842576	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	MORA BALLESTEROS JOSE MAURICIO	$2.600.000
PT-1285017	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	MOTA GONZALEZ ZAIDA DEL ROSARIO	$1.600.000
CC-1127353764	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	ORTEGA GOMEZ JESUS ALBERTO	$1.600.000
CC-88257106	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	PEÑARANDA DIAZ VICTOR MANUEL	$1.600.000
CC-1090505288	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	QUINTERO VARGAS JOHAN CAMILO	$1.600.000
CC-5428644	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	QUINTERO VARGAS JOHN JAIRO	$2.400.000
CC-88263769	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	REYES PINEDA OSCAR EDUARDO	$3.000.000
PT-6107523	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	RUBIO DIAZ RICARDO	$1.600.000
CC-1098719626	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	TOLOSA ROJAS JUAN PABLO	$4.000.000
CC-1094426820	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	VELANDIA SILVA MARCOS FERNANDO	$1.425.000
CC-1091356628	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	VILLABONA SUAREZ ANDERSON JESUS	$1.600.000
CC-1091970924	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	ZUÑIGA GONZALEZ JOSEPH STEVENS	$1.600.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1062910451	X	2025-06-15																											0		
CC - 88200958	X	2025-06-16	X	2025-06-16																									0		
CC - 1116805729	X	2025-06-25																											0		
CC - 13177362	X	2025-06-16																											0		

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1090366885	X	2025-06-16	X	2025-06-16																									0		
CC - 1004844087	X	2025-06-16	X	2025-06-16																									0		
CC - 13467380																													0		
CC - 1003243831	X	2025-06-16																											0		
CC - 60347790																													0		
CC - 1062908979	X	2025-06-16																											0		
CC - 1093779949	X	2025-06-25																											0		
PT - 5302209	X	2025-06-16	X	2025-06-16																									0		
CC - 1093780281	X	2025-06-25																											0		
CC - 1007842576	X	2025-06-16																											0		
PT - 1285017	X	2025-06-24																											0		
CC - 1127353764	X	2025-06-16	X	2025-06-16																									0		
CC - 88257106	X	2025-06-16	X	2025-06-16																									0		
CC - 1090505288	X	2025-06-16																											0		
CC - 5428644	X	2025-06-16																											0		
CC - 88263769	X	2025-06-16																											0		
PT - 6107523	X	2025-06-16																											0		
CC - 1098719626																													0		
CC - 1094426820	X	2025-06-16																											0		
CC - 1091356628	X	2025-06-16																											0		
CC - 1091970924	X	2025-06-25																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES										
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1062910451	PROTECCION	16	$1.066.667	0.1600000	$170.700	$0	$0	$170.700	$0	$0	$0
CC - 88200958	PORVENIR	1	$53.334	0.1600000	$8.600	$0	$0	$8.600	$0	$0	$0
CC - 1116805729	PROTECCION	6	$320.000	0.1600000	$51.200	$0	$0	$51.200	$0	$0	$0
CC - 13177362	PORVENIR	15	$850.000	0.1600000	$136.000	$0	$0	$136.000	$0	$0	$0
CC - 1090366885	PORVENIR	1	$53.334	0.1600000	$8.600	$0	$0	$8.600	$0	$0	$0
CC - 1004844087	COLPENSIONES	1	$53.334	0.1600000	$8.600	$0	$0	$8.600	$0	$0	$0
CC - 13467380	COLPENSIONES	30	$4.000.000	0.1600000	$640.000	$0	$0	$640.000	$0	$0	$0
CC - 1003243831	COLPENSIONES	15	$800.000	0.1600000	$128.000	$0	$0	$128.000	$0	$0	$0
CC - 60347790	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1062908979	PORVENIR	15	$1.300.000	0.1600000	$208.000	$0	$0	$208.000	$0	$0	$0
CC - 1093779949	PORVENIR	6	$320.000	0.1600000	$51.200	$0	$0	$51.200	$0	$0	$0
PT - 5302209	COLPENSIONES	1	$53.334	0.1600000	$8.600	$0	$0	$8.600	$0	$0	$0
CC - 1093780281	COLPENSIONES	6	$320.000	0.1600000	$51.200	$0	$0	$51.200	$0	$0	$0
CC - 1007842576	COLPENSIONES	15	$1.300.000	0.1600000	$208.000	$0	$0	$208.000	$0	$0	$0
PT - 1285017	COLPENSIONES	7	$373.334	0.1600000	$59.800	$0	$0	$59.800	$0	$0	$0
CC - 1127353764	PORVENIR	1	$53.334	0.1600000	$8.600	$0	$0	$8.600	$0	$0	$0
CC - 88257106	PORVENIR	1	$53.334	0.1600000	$8.600	$0	$0	$8.600	$0	$0	$0
CC - 1090505288	COLFONDOS	15	$800.000	0.1600000	$128.000	$0	$0	$128.000	$0	$0	$0
CC - 5428644	PORVENIR	15	$1.200.000	0.1600000	$192.000	$0	$0	$192.000	$0	$0	$0
CC - 88263769	PORVENIR	15	$1.500.000	0.1600000	$240.000	$0	$0	$240.000	$0	$0	$0
PT - 6107523	PORVENIR	15	$800.000	0.1600000	$128.000	$0	$0	$128.000	$0	$0	$0
CC - 1098719626	PORVENIR	30	$4.000.000	0.1600000	$640.000	$0	$0	$640.000	$0	$0	$0
CC - 1094426820	PROTECCION	15	$712.500	0.1600000	$114.000	$0	$0	$114.000	$0	$0	$0
CC - 1091356628	COLPENSIONES	15	$800.000	0.1600000	$128.000	$0	$0	$128.000	$0	$0	$0
CC - 1091970924	COLPENSIONES	6	$320.000	0.1600000	$51.200	$0	$0	$51.200	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1062910451	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	16	$1.066.667	0.0400000	$42.700	$0	0	$0	0	$0	16	$1.066.667	5	0.0696000	$74.300
CC - 88200958	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$53.334	0.0400000	$2.200	$0	0	$0	0	$0	1	$53.334	5	0.0696000	$3.800
CC - 1116805729	SANITAS	6	$320.000	0.0400000	$12.800	$0	0	$0	0	$0	6	$320.000	5	0.0696000	$22.300
CC - 13177362	EPS-S COOSALUD	15	$850.000	0.0400000	$34.000	$0	0	$0	0	$0	15	$850.000	5	0.0696000	$59.200
CC - 1090366885	COOSALUD	1	$53.334	0.0400000	$2.200	$0	0	$0	0	$0	1	$53.334	5	0.0696000	$3.800
CC - 1004844087	EPS-S COOSALUD	1	$53.334	0.0400000	$2.200	$0	0	$0	0	$0	1	$53.334	5	0.0696000	$3.800
CC - 13467380	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$4.000.000	0.0400000	$160.000	$0	0	$0	0	$0	30	$4.000.000	5	0.0696000	$278.400
CC - 1003243831	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	15	$800.000	0.0400000	$32.000	$0	0	$0	0	$0	15	$800.000	5	0.0696000	$55.700
CC - 60347790	SANITAS	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	5	0.0696000	$99.100

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1062908979	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	15	$1.300.000	0.0400000	$52.000	$0	0	$0	0	$0	15	$1.300.000	5	0.0696000	$90.500
CC - 1093779949	EPS-S COOSALUD	6	$320.000	0.0400000	$12.800	$0	0	$0	0	$0	6	$320.000	5	0.0696000	$22.300
PT - 5302209	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$53.334	0.0400000	$2.200	$0	0	$0	0	$0	1	$53.334	5	0.0696000	$3.800
CC - 1093780281	NUEVA E.P.S. S.A.	6	$320.000	0.0400000	$12.800	$0	0	$0	0	$0	6	$320.000	5	0.0696000	$22.300
CC - 1007842576	SANITAS	15	$1.300.000	0.0400000	$52.000	$0	0	$0	0	$0	15	$1.300.000	5	0.0696000	$90.500
PT - 1285017	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	7	$373.334	0.0400000	$15.000	$0	0	$0	0	$0	7	$373.334	5	0.0696000	$26.000
CC - 1127353764	SANITAS	1	$53.334	0.0400000	$2.200	$0	0	$0	0	$0	1	$53.334	5	0.0696000	$3.800
CC - 88257106	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$53.334	0.0400000	$2.200	$0	0	$0	0	$0	1	$53.334	5	0.0696000	$3.800
CC - 1090505288	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	15	$800.000	0.0400000	$32.000	$0	0	$0	0	$0	15	$800.000	5	0.0696000	$55.700
CC - 5428644	NUEVA E.P.S. S.A.	15	$1.200.000	0.0400000	$48.000	$0	0	$0	0	$0	15	$1.200.000	5	0.0696000	$83.600
CC - 88263769	SANITAS	15	$1.500.000	0.0400000	$60.000	$0	0	$0	0	$0	15	$1.500.000	5	0.0696000	$104.400
PT - 6107523	COMFAORIENTE	15	$800.000	0.0400000	$32.000	$0	0	$0	0	$0	15	$800.000	5	0.0696000	$55.700
CC - 1098719626	COOSALUD	30	$4.000.000	0.0400000	$160.000	$0	0	$0	0	$0	30	$4.000.000	5	0.0696000	$278.400
CC - 1094426820	NUEVA E.P.S. S.A.	15	$712.500	0.0400000	$28.500	$0	0	$0	0	$0	15	$712.500	5	0.0696000	$49.600
CC - 1091356628	EPS-S COOSALUD	15	$800.000	0.0400000	$32.000	$0	0	$0	0	$0	15	$800.000	5	0.0696000	$55.700
CC - 1091970924	COOSALUD	6	$320.000	0.0400000	$12.800	$0	0	$0	0	$0	6	$320.000	5	0.0696000	$22.300

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1062910451	COMFANORTE	16	$1.066.667	0.0400000	$42.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-88200958	COMFANORTE	1	$53.334	0.0400000	$2.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1116805729	COMFANORTE	6	$320.000	0.0400000	$12.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-13177362	COMFANORTE	15	$850.000	0.0400000	$34.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1090366885	COMFANORTE	1	$53.334	0.0400000	$2.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

APORTES PARAFISCALES														
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1004844087	COMFANORTE	1	$53.334	0.0400000	$2.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-13467380	COMFANORTE	30	$4.000.000	0.0400000	$160.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1003243831	COMFANORTE	15	$800.000	0.0400000	$32.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-60347790	COMFANORTE	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1062908979	COMFANORTE	15	$1.300.000	0.0400000	$52.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1093779949	COMFANORTE	6	$320.000	0.0400000	$12.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
PT-5302209	COMFANORTE	1	$53.334	0.0400000	$2.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1093780281	COMFANORTE	6	$320.000	0.0400000	$12.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1007842576	COMFANORTE	15	$1.300.000	0.0400000	$52.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
PT-1285017	COMFANORTE	7	$373.334	0.0400000	$15.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1127353764	COMFANORTE	1	$53.334	0.0400000	$2.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-88257106	COMFANORTE	1	$53.334	0.0400000	$2.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1090505288	COMFANORTE	15	$800.000	0.0400000	$32.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-5428644	COMFANORTE	15	$1.200.000	0.0400000	$48.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-88263769	COMFANORTE	15	$1.500.000	0.0400000	$60.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
PT-6107523	COMFANORTE	15	$800.000	0.0400000	$32.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1098719626	COMFANORTE	30	$4.000.000	0.0400000	$160.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1094426820	COMFANORTE	15	$712.500	0.0400000	$28.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1091356628	COMFANORTE	15	$800.000	0.0400000	$32.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1091970924	COMFANORTE	6	$320.000	0.0400000	$12.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 06											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PROTECCION	3	$335.900	$0	$0	$0	$0	7	$1.500	$0	$0	$337.400
COLFONDOS	1	$128.000	$0	$0	$0	$0	7	$600	$0	$0	$128.600
PORVENIR	12	$1.857.400	$0	$0	$0	$0	7	$8.100	$0	$0	$1.865.500
COLPENSIONES	9	$1.283.400	$0	$0	$0	$0	7	$5.600	$0	$0	$1.289.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
COOSALUD	3	$175.000	$0	0	$0	0	$0	$175.000	7	$800	$0	$175.800	$0	0	$0	$0	$175.800	$0	$0	$175.800
SANITAS	5	$184.000	$0	0	$0	0	$0	$184.000	7	$900	$0	$184.900	$0	0	$0	$0	$184.900	$0	$0	$184.900
NUEVA E.P.S. S.A.	7	$255.900	$0	0	$0	0	$0	$255.900	7	$1.200	$0	$257.100	$0	0	$0	$0	$257.100	$0	$0	$257.100
EPS-S COOSALUD	4	$81.000	$0	0	$0	0	$0	$81.000	7	$400	$0	$81.400	$0	0	$0	$0	$81.400	$0	$0	$81.400
COMFAORIENTE	1	$32.000	$0	0	$0	0	$0	$32.000	7	$200	$0	$32.200	$0	0	$0	$0	$32.200	$0	$0	$32.200
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	5	$173.700	$0	0	$0	0	$0	$173.700	7	$800	$0	$174.500	$0	0	$0	$0	$174.500	$0	$0	$174.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	25	$1.568.800	0	$0	$0	$1.568.800	7	$6.900	$1.575.700	0	$0	$0	$1.575.700

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFANORTE	25	$901.600	7	$4.000	$905.600
SENA	0	$0	7	$0	$0
ICBF	0	$0	7	$0	$0
ESAP	0	$0	7	$0	$0
MinEdu	0	$0	7	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	6	$905.900
PENSIONES	4	$3.620.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$1.575.700
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$905.600
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$7.007.700

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 33895320
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-07-02

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	UNION TEMPORAL JM VIAL	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901933653	D.V.	1	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	AV 8 12 80 LC 3 CENTRO	DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTAD	MUNICIPIO	CUCUTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	UNIONTEMPORALJMVIAL@GMAIL.COM	TELÉFONO	3153844937
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	60398541	PRIMER APELLIDO	BECERRA	SEGUNDO APELLIDO	QUINTERO
PRIMER NOMBRE	ZENITH	SEGUNDO NOMBRE	JOHANNA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 05	Año: 2025	Mes: 05	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
3		$0		33895320

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-60363447	59	No	No	No	54	1	5429001	Salario	CALDERON MARTINEZ SANDRA MILENA	$1.423.500
CC-1098756065	59	No	No	No	54	1	5429001	Salario	PEDRAZA CONTRERAS KAREN JULIET	$2.500.000
CC-10282515	59	No	No	No	54	1	5429001	Salario	RAMIREZ ACUÑA JAIME	$1.500.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 60363447	R	2025-05-27																											0		
CC - 1098756065	R	2025-05-27																											0		
CC - 10282515	R	2025-05-27																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 60363447	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 1098756065	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 10282515	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 60363447	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	4	$189.800	5	0.0696000	$13.300
CC - 1098756065	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	4	$333.334	5	0.0696000	$23.300
CC - 10282515	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	4	$200.000	5	0.0696000	$14.000

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-60363447	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1098756065	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-10282515	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 05											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
SINAFP	3	$0	$0	$0	$0	$0	19	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SIN EPS	3	$0	$0	0	$0	0	$0	$0	19	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	3	$50.600	0	$0	$0	$50.600	19	$700	$51.300	0	$0	$513	$51.300

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	3	$0	19	$0	$0
SENA	0	$0	19	$0	$0
ICBF	0	$0	19	$0	$0
ESAP	0	$0	19	$0	$0
MinEdu	0	$0	19	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	0	$0
PENSIONES	0	$0
RIESGOS PROFESIONALES	1	$51.300
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$51.300

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 33908533
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-07-02

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	UNION TEMPORAL JM VIAL	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901933653	D.V.	1	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	AV 8 12 80 LC 3 CENTRO	DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTAD	MUNICIPIO	CUCUTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	UNIONTEMPORALJMVIAL@GMAIL.COM	TELÉFONO	3153844937
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	60398541	PRIMER APELLIDO	BECERRA	SEGUNDO APELLIDO	QUINTERO
PRIMER NOMBRE	ZENITH	SEGUNDO NOMBRE	JOHANNA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 05	Año: 2025	Mes: 06	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
3		$1.256.468		33908533

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-13467380	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	DUARTE CACERES JOSE HENRY	$4.000.000
CC-60347790	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	GAONA ORDOÑEZ JOMAIRA BENEDICTA	$1.423.500
CC-1098719626	01	No	No	No	54	1	5429001	Fijo	TOLOSA ROJAS JUAN PABLO	$4.000.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 13467380	X	2025-05-27																											0		
CC - 60347790	X	2025-05-27																											0		
CC - 1098719626	X	2025-05-27																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 13467380	COLPENSIONES	4	$533.334	0.1600000	$85.400	$0	$0	$85.400	$0	$0	$0
CC - 60347790	PORVENIR	4	$189.800	0.1600000	$30.400	$0	$0	$30.400	$0	$0	$0
CC - 1098719626	PORVENIR	4	$533.334	0.1600000	$85.400	$0	$0	$85.400	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 13467380	NUEVA E.P.S. S.A.	4	$533.334	0.0400000	$21.400	$0	0	$0	0	$0	4	$533.334	5	0.0696000	$37.200
CC - 60347790	SANITAS	4	$189.800	0.0400000	$7.600	$0	0	$0	0	$0	4	$189.800	5	0.0696000	$13.300
CC - 1098719626	COOSALUD	4	$533.334	0.0400000	$21.400	$0	0	$0	0	$0	4	$533.334	5	0.0696000	$37.200

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-13467380	COMFANORTE	4	$533.334	0.0400000	$21.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-60347790	COMFANORTE	4	$189.800	0.0400000	$7.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1098719626	COMFANORTE	4	$533.334	0.0400000	$21.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 05										
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA										
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	$85.400	$0	$0	$0	$0	19	$1.100	$0	$0	$86.500
PORVENIR	2	$115.800	$0	$0	$0	$0	19	$1.500	$0	$0	$117.300

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
COOSALUD	1	$21.400	$0	0	$0	0	$0	$21.400	19	$300	$0	$21.700	$0	0	$0	$0	$21.700	$0	$0	$21.700
SANITAS	1	$7.600	$0	0	$0	0	$0	$7.600	19	$100	$0	$7.700	$0	0	$0	$0	$7.700	$0	$0	$7.700
NUEVA E.P.S. S.A.	1	$21.400	$0	0	$0	0	$0	$21.400	19	$300	$0	$21.700	$0	0	$0	$0	$21.700	$0	$0	$21.700

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	3	$87.700	0	$0	$0	$87.700	19	$1.100	$88.800	0	$0	$888	$88.800

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFANORTE	3	$50.400	19	$700	$51.100
SENA	0	$0	19	$0	$0
ICBF	0	$0	19	$0	$0

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
ESAP	0	$0	19	$0	$0
MinEdu	0	$0	19	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	3	$51.100
PENSIONES	2	$203.800
RIESGOS PROFESIONALES	1	$88.800
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$51.100
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$394.800

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8637175934
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8637175934
Fecha Pago Planilla: 2025-07-18

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	UNION TEMPORAL JM VIAL	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901933653	D.V.	1	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	AV 8 12 80 LC 3 CENTRO	DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTAD	MUNICIPIO	CUCUTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	UNIONTEMPORALJMVIAL@GMAIL.COM	TELÉFONO	3153844937
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	60398541	PRIMER APELLIDO	BECERRA	SEGUNDO APELLIDO	QUINTERO
PRIMER NOMBRE	ZENITH	SEGUNDO NOMBRE	JOHANNA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 06	Año: 2025	Mes: 06	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
3		$0		8637175934

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-60363447	59	No	No	No	54	1	5429001	Salario	CALDERON MARTINEZ SANDRA MILENA	$1.423.500
CC-1098756065	59	No	No	No	54	1	5429001	Salario	PEDRAZA CONTRERAS KARENT JULIET	$2.500.000
CC-10282515	59	No	No	No	54	1	5429001	Salario	RAMIREZ ACUÑA JAIME	$1.500.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 60363447																													0		
CC - 1098756065																													0		
CC - 10282515																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 60363447	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 1098756065	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CC - 10282515	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 60363447	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	5	0.0696000	$99.100
CC - 1098756065	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$2.500.000	5	0.0696000	$174.000
CC - 10282515	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$1.500.000	5	0.0696000	$104.400

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-60363447	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1098756065	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-10282515	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 06											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
SINAFP	3	$0	$0	$0	$0	$0	7	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SIN EPS	3	$0	$0	0	$0	0	$0	$0	7	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	3	$377.500	0	$0	$0	$377.500	7	$1.700	$379.200	0	$0	$0	$379.200

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	3	$0	7	$0	$0
SENA	0	$0	7	$0	$0
ICBF	0	$0	7	$0	$0
ESAP	0	$0	7	$0	$0
MinEdu	0	$0	7	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	0	$0
PENSIONES	0	$0
RIESGOS PROFESIONALES	1	$379.200
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$379.200

INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EXAMENES MEDICO DE INGRESO

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **07/07/2025 06:37:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **ANGELA PATRICIA MOSQUERA NIEVES**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 60385645**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS TENIENDO EN CUENTA LO PERMITIDO POR LEY - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR- USO DE LENTES - BAJAR DE PESO- USO DE MEDIAS ANTIVARICES - REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: ANGELA PATRICIA MOSQUERA
CC: 60385645
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **01/07/2025 15:01:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JAIME RAMIREZ ACUÑA**

Cargo **ASESOR EN VIAS** Doc. Identidad **CC 10282515**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE EPP ACORDE AL PERFIL LABORAL Y MEDIO AMBIENTE LABORAL - PAUSAS ACTIVAS - CAPACIITAR EN HIGIENE POSTURAL - ESTILO DE VIDA SALUDABLE -NIEGA SINTOMAS FIEBRE, MALESTAR GENERAL, TOS, DOLOR DE HUESOS, ODINOFAGIA, DIARREA, ENROJECIMIENTO DEL CUERPO, BROTE- NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA.- DAR CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA- USO DE LENTES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr Luis Jesus Grass Garcia
Medico- Especialista en Salud Ocupacional
cedula: 13255984
RM 721 Fecha 30-08-1982

Trabajador: JAIME RAMIREZ ACUÑA
CC: 10282515
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⓧ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **26/06/2025 09:40:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JEFFERSON JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ**

Cargo **OBRERO** Doc. Identidad **CC 1093779949**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS PARA PREVENIR FATIGA MUSCULAR Y LESIONES OSTEOMUSCULARES POR CARGA MANUAL DE MATERIAL - CAPACITAR EN LEVANTAMIENTO TENIENDO EN CUENTA MANTENER LA ESPALDA RECTA DOBLAR LIGERAMENTE LAS RODILLAS, TRAER EL PESO HACIA EL CUERPO Y LEVANTARLO EQUITATIVAMENTE CON LAS MANOS SEGURO DE CARGAS- USO DE EPP ACORDE A SU LABOR ROTACION DE TAREAS PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES,- USO DE EPP ACORDE A SU LABOR ,CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO-,BAJAR DE PESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⓧ	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: JEFFERSON JESUS HERNANDEZ
CC: 1093779949
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:									
Ingreso	ⓧ	Periódico	◯	Retiro	◯	Post incapacidad	◯	Caso ocupacional	◯
Control	◯	Reubicación	◯	Ingreso al SVE	◯	Trabajo en alturas	◯		



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **13/06/2025 10:10:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOHAN CAMILO QUINTERO VARGAS**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1090505288**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE EPP ACORDE AL PERFIL LABORAL Y MEDIO AMBIENTE LABORAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - CAPACIITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS TENIENDO EN CUENTA LO PERMITIDO POR LEY- ESTILO DE VIDA SALUDABLE - BAJAR DE PESO.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ⓧ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ⓧ	NO ◯	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ⓧ	NO ◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr Luis Jesus Grass Garcia
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
cedula: 13255984
RM 721 Fecha 30-08-1982

Trabajador: JOHAN CAMILO QUINTERO VARGAS
CC: 1090505288
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⓧ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **14/06/2025 08:51:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOSE GREGORIO NUÑEZ HIDALGO**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **PT 5302209**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE EPP ACORDE AL PERFIL LABORAL Y MEDIO AMBIENTE LABORAL - PAUSAS ACTIVAS - CAPACIITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS TENIENDO EN CUENTA LO PERMITIDO POR LEY- ESTILO DE VIDA SALUDABLE - BAJAR DE PESO - VALORACION EPS PARA TAMIZAJE DE TENSION ARTERIAL - DIETA BAJA EN GRASAS HARINAS Y SAL- REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA-EVITAR RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DBL - NO USAR AUDIFONOS PARA CONTESTAR LLAMADAS NI PARA ESCUCHAR MUSICA-VALORACION CON OTORRINOLARINGOLOGIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ⓧ Respiratorio ◯ Cardiovascular ⓧ Psicosocial ◯ Ergonómico ⓧ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NOⓧ	**ARL**	SI ◯	NO◯	**EPS**	SI ◯	NO◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr Luis Jesus Grass Garcia
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
cedula: 13255984
RM 721 Fecha 30-08-1982

Trabajador: JOSE GREGORIO NUÑEZ HIDALGO
CC: 5302209
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Principal:Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **16/06/2025 09:16:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JUAN PABLO TOLOSA ROJAS**

Cargo **TOPOGRAFO** Doc. Identidad **CC 1098719626**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE EPP ACORDE AL PERFIL LABORAL Y MEDIO AMBIENTE LABORAL - PAUSAS ACTIVAS - CAPACIITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS TENIENDO EN CUENTA LO PERMITIDO POR LEY- ESTILO DE VIDA SALUDABLE -NIEGA SINTOMAS FIEBRE, MALESTAR GENERAL, TOS, DOLOR DE HUESOS, ODINOFAGIA, DIARREA, ENROJECIMIENTO DEL CUERPO, BROTE- NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA.- DAR CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA- BAJAR DE PESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⊗	**ARL**	SI ◯	NO ◯	**EPS**	SI ◯	NO ◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr Luis Jesus Grass Garcia
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
cedula: 13255984
RM 721 Fecha 30-08-1982

Trabajador: JUAN PABLO TOLOSA ROJAS
CC: 1098719626
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⓧ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **13/06/2025 10:21:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **LUIS MIGUEL FUENTES SANTIAGO**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1003243831**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE EPP ACORDE AL PERFIL LABORAL Y MEDIO AMBIENTE LABORAL - PAUSAS ACTIVAS - CAPACIITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS TENIENDO EN CUENTA LO PERMITIDO POR LEY- ESTILO DE VIDA SALUDABLE .

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⓧ	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr Luis Jesus Grass Garcia
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
cedula: 13255984
RM 721 Fecha 30-08-1982

Trabajador: LUIS MIGUEL FUENTES SANTIAGO
CC: 1003243831
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

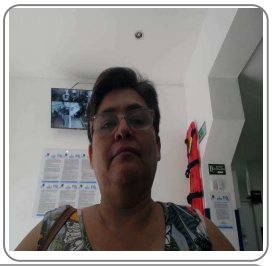
I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/06/2025 11:38:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **SANDRA MILENA CALDERON MARTINEZ**

Cargo **TRABAJADORA SOCIAL** Doc. Identidad **CC 60363447**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS PARA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR- ALTERNAR LABORES DE BIPEDO A SEDENTE- USO DE EPP ACORDE A SU LABOR- BAJAR DE PESO- VALORACION NUTRICIONAL- CONTINUAR CONTROL EPS- USO DE LENTES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: SANDRA MILENA CALDERON
CC: 60363447
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **14/06/2025 08:43:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **VICTOR MANUEL PEÑARANDA DIAZ**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 88257106**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS-CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR- CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO.-BAJAR DE PESO-USAR PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS Y NO ESCUCHAR MUSICA POR AUDIFONOS. EVITAR RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DBL. VALORACION CON OTORRINOLARINGOLOGIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo (X) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: VICTOR MANUEL PEÑARANDA DIAZ
CC: 88257106
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/06/2025 08:36:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **ANDERSON JESUS VILLABONA SUAREZ**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1091356628**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON RESTRICCIONES O LIMITACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EPP OBLIGATORIO*: - USO DE *MASCARILLA - *LENTES DE PROTECCIÓN* CONTRA PARTÍCULAS. - ROPA DE TRABAJO LAVABLE Y GORRA. - RECOMENDACIONES*: - HUMEDECER ÁREAS DE TRABAJO PARA REDUCIR POLVO EN SUSPENSIÓN
- LEVANTAR CON *PIERNAS FLEXIONADAS* Y ESPALDA RECTA. - EVITAR TORSIONES DEL TORSO; MOVER LOS PIES. - USAR *CARRETILLAS O AYUDAS MECÁNICAS* PARA CARGAS >25 KG. - RECOMENDACIONES*: - ROTACIÓN DE TAREAS PARA EVITAR FATIGA MUSCULAR. - PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS (ESTIRAMIENTOS DE ESPALDA Y HOMBROS)
ERIFICAR ESTADO DE HERRAMIENTAS ANTES DE USARLAS - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR ,REALIZAR DEPORTE Y / O EJERCICIO- ELIMINAR CIGARRILLO Y DISMINUIR LICOR,BAJAR DE PESO-REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA

RESTRICCIONES LABORALES

PATOLOGIA QUE PUEDE VERSE AGRAVADA POR LA LABOR A DESEMPEÑAR
- PUEDE REALIZAR POSTURAS QUE NO SEAN MANTENIDAS, INADECUADAS Y REPETITIVAS DE COLMUNA LUMBAR,
- PUEDE LEVANTAR PESO NO SUPERIORES A 20 KG

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Anderson

Trabajador: ANDERSON JESUS VILLABONA
CC: 1091356628
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						
Visual ◯	Auditivo ◯	Respiratorio ◯	Cardiovascular ◯	Psicosocial ◯	Ergonómico (X)	Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO (X)	**ARL**	SI ◯	NO ◯	**EPS**	SI ◯	NO ◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Anderson

Trabajador: ANDERSON JESUS VILLABONA
CC: 1091356628
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⓧ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/06/2025 07:37:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **EDWIN JOSE MANOSALVA CHACON**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1093780281**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR-- EVITAR RUIDOS POR ENCIMA DE 80 (DB),

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ⓧ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⓧ	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr. Edgar Ferney Gil Uribe
Medico Esp. Seguridad Y Salud en el Trabajo
Resolucion 4653/13-12-16

Edwin Jose Manosalva

Trabajador: EDWIN JOSE MANOSALVA CHACON
CC: 1093780281
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

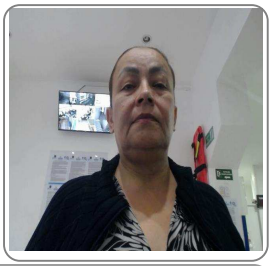
I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:									
Ingreso	ⓧ	Periódico	◯	Retiro	◯	Post incapacidad	◯	Caso ocupacional	◯
Control	◯	Reubicación	◯	Ingreso al SVE	◯	Trabajo en alturas	◯		



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **24/06/2025 07:46:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOMAIRA BENEDICTA GAONA ORDOÑEZ**

Cargo **LIDER SST** Doc. Identidad **CC 60347790**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR,CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO-,SEGUIMIENTO Y CONTROL CON SU EPS,USO DE MEDIAS ANTIVARICES,USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA SEGUIR BAJANDO DE PESO -REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⓧ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ⓧ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NOⓧ	ARL	SI ◯	NO◯	EPS	SI ◯	NO◯

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: JOMAIRA BENEDICTA GAONA
CC: 60347790
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal:Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:									
Ingreso	⊗	Periódico	○	Retiro	○	Post incapacidad	○	Caso ocupacional	○
Control	○	Reubicación	○	Ingreso al SVE	○	Trabajo en alturas	○		



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **14/06/2025 08:33:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOSE MAURICIO MORA BALLESTEROS**

Cargo **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** Doc. Identidad **CC 1007842576**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS-CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL - CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: JOSE MAURICIO MORA
CC: 1007842576
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:										
	Ingreso	ⓧ	Periódico	◯	Retiro	◯	Post incapacidad	◯	Caso ocupacional	◯
	Control	◯	Reubicación	◯	Ingreso al SVE	◯	Trabajo en alturas	◯		

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **12/06/2025 07:56:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOSEPH STEVENS ZUÑIGA GONZALEZ**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1091970924**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

. POSTURA Y ERGONOMÍA: ALTERNAR ENTRE POSICIÓN DE PIE Y SENTADO CADA 30-60 MINUTOS PARA EVITAR FATIGA POSTURAL Y TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS.
USAR CALZADO CERRADO,
PORTAR SIEMPRE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN REQUERIDA -MANTENER ENTRENAMIENTO ACTUALIZADO EN MANEJO DE SITUACIONES AGRESIVAS Y USO PROPORCIONAL DE LA FUERZA. REPORTAR INCIDENTES INMEDIATAMENTE Y EVITAR CONFRONTACIONES FÍSICAS SIN REFUERZO
ALTERNAR POSICION BIPEDO A SEDENTE A TOLERANCIA- CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO-- EVITAR RUIDOS POR ENCIMA DE 80

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ⓧ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⓧ	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: JOSEPH STEVENS ZUÑIGA
CC: 1091970924
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: JOSEPH STEVENS ZUÑIGA
CC: 1091970924
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

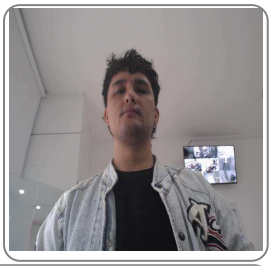
I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:	Ingreso (X)	Periódico ( )	Retiro ( )	Post incapacidad ( )	Caso ocupacional ( )
	Control ( )	Reubicación ( )	Ingreso al SVE ( )	Trabajo en alturas ( )	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/06/2025 07:11:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **KEVIN MIGUEL ARENAS ALVAREZ**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1116805729**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

.,PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR-, BAJAR DE PESO-REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA -USO DE LENTES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr. Edgar Ferney Gil Uribe
Medico Esp. Seguridad Y Salud en el Trabajo
Resolucion 4653/13-12-16

Kevin Ar

Trabajador: KEVIN MIGUEL ARENAS ALVAREZ
CC: 1116805729
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

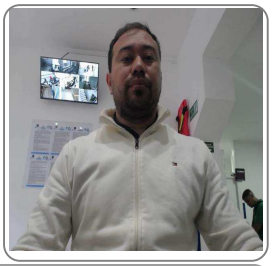
I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **24/06/2025 09:54:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **MARCOS FERNANDO VELANDIA SILVA**

Cargo **ING RESIDENTE** Doc. Identidad **CC 1094426820**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR,CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO-,BAJAR DE PESO-USO DE LENTES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: MARCOS FERNANDO VELANDIA
CC: 1094426820
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/06/2025 07:49:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOSE HENRY DUARTE CACERES**

Cargo **INGENIERO CIVIL DIRECTOR DE OBRA** Doc. Identidad **CC 13467380**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE EPP ACORDE AL PERFIL LABORAL Y MEDIO AMBIENTE LABORAL - PAUSAS ACTIVAS - CAPACIITAR EN HIGIENE POSTURAL - ESTILO DE VIDA SALUDABLE -NIEGA SINTOMAS FIEBRE, MALESTAR GENERAL, TOS, DOLOR DE HUESOS, ODINOFAGIA, DIARREA, ENROJECIMIENTO DEL CUERPO, BROTE- NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA.- DAR CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA - BAJAR DE PESO - REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA- EVITAR RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DBL.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo (X) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr Luis Jesus Grass Garcia
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
cedula: 13255984
RM 721 Fecha 30-08-1982

Trabajador: JOSE HENRY DUARTE CACERES
CC: 13467380
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:	Ingreso (X)	Periódico ( )	Retiro ( )	Post incapacidad ( )	Caso ocupacional ( )
	Control ( )	Reubicación ( )	Ingreso al SVE ( )	Trabajo en alturas ( )	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/06/2025 10:05:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **OSCAR EDUARDO REYES PINEDA**

Cargo **INGENIERO RESIDENTE** Doc. Identidad **CC 88263769**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR,CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO-,CONTINUAR BAJANDO DE PESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: OSCAR EDUARDO REYES PINEDA
CC: 88263769
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

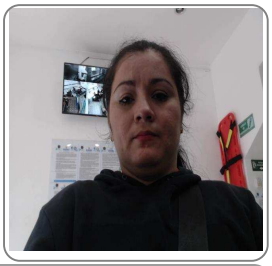
I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación:									
Ingreso	⊗	Periódico	○	Retiro	○	Post incapacidad	○	Caso ocupacional	○
Control	○	Reubicación	○	Ingreso al SVE	○	Trabajo en alturas	○		



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **11/06/2025 07:35:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **ZAIDA DEL ROSARIO MOTA GONZALEZ**

Cargo **PALETERA** Doc. Identidad **PT 1285017**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL , BAJAR DE PESO , REALIZAR PAUSAS ACTIVAS , DEJAR DE FUMAR .

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dr. Edgar Ferney Gil Uribe
Medico Esp. Seguridad Y Salud en el Trabajo
Resolucion 4653/13-12-16

Trabajador: ZAIDA DEL ROSARIO MOTA
CC: 1285017
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



Fecha **16/06/2025 07:42:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **JOHN JAIRO QUINTERO VARGAS**

Cargo **OBRERO** Doc. Identidad **CC 5428644**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS TENIENDO EN CUENTA LO PERMITIDO POR LEY - USO DE EPP ACORDE A SU LABOR.,CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE Y / O EJERCICIO-,VALORACION NUTRICIONAL- REFORZAR MUSCULOS DE LA COLUMNA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: JOHN JAIRO QUINTERO VARGAS
CC: 5428644
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

I.P.S. ASSOT S.A.S.
Asesorías y Servicios en Salud Ocupacional

SC-CER803025

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/07/2025 07:48:00** Empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL**

Nombre **WILMAR GARCIA DAZA**

Cargo **OBRERO** Doc. Identidad **CC 1062908979**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	2 AUDIOMETRIA SIMPLE CABINA	3 OPTOMETRIA
4 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	5	6
7	8	9

CONCEPTO

APTO CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR A DESEMPEÑAR

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PAUSAS ACTIVAS PARA PREVENIR FATIGA MUSCULAR Y LESIONES OSTEOMUSCULARES POR CARGA MANUAL DE MATERIAL - CAPACITAR EN LEVANTAMIENTO TENIENDO EN CUENTA MANTENER LA ESPALDA RECTA DOBLAR LIGERAMENTE LAS RODILLAS, TRAER EL PESO HACIA EL CUERPO Y LEVANTARLO EQUITATIVAMENTE CON LAS MANOS SEGURO DE CARGAS- USO DE EPP ACORDE A SU LABOR ROTACION DE TAREAS PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES,- USO DE EPP ACORDE A SU LABOR - ALTERNAR LABORES PARA EVITAR REPETITIVDAD- CONTINUAR REALIZANDO DEPORTE - BAJAR DE PESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSARÁ EN NUESTRA IPS SEGÚN RESOLUCIÓN 2346 DE 2007 / RESOLUCIÓN 1918 DE 2009

Dra. Maria Cecilia Rivera Pineda.
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
Cedula: 37256369
RM 24082 Fecha 09-02-1990 Lic SO 004354
Fecha 25-09-2019

Trabajador: WILMAR GARCIA DAZA
CC: 1062908979
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Principal: Avenida 0 N°16-68 Barrio Caobos • Tels. (57)(7) 572 7323 - 571 1711 Cel.: 318 500 7011
servicios@assotcolombia.com • informacion@assotcolombia.com • www.assotcolombia.com Cúcuta, Colombia
/ips assot s.a.s.
@ipsassot

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DIA	06 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA Ciudad	Examen de Pre - Ingreso

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
PARTICULAR	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación Tipo	Número
PEDRAZA	CONTRERAS	KAREN	JULIET	31 Años	CC	1098756065

Cargo	Sección
INGENIERA AMBIENTAL	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:

ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SST EMPRESARIAL,
EVITAR ACCIONES INSEGURAS Y USO DE ELEMENTOS DISTRACTORES(ACCIDENTES LABORALES)
MANEJO DE CARGAS DE ACUERDO A LEGISLACION VIGENTE.

VALORACIÓN COLUMNA

Alineación Normal ☑ Curvatura Normal ☑ **Observaciones:**

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☑ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

* Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
* Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
* Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
* Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
* Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
* Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

* Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).
Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____

Nombre: Dr(a) DIEGO ANTONIO MEDINA ARDILA

Registro Médico: 1100961832 Licencia Salud Ocupacional: 4680 / 2024

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____

Nombre: KARENT JULIET PEDRAZA CONTRERAS

Documento: CC 1098756065

INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INDUCCION Y POLITICA SG-SST

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

FECHA	2/07/2025	**ACTA NÚMERO**	001

TIPO DE LA REUNION

REUNION EXTRAORDINARIA ○ CAPACITACION ●

OTRA ○ CUAL: INDUCCION GENERALIDADES DEL SGSST – POLITICAS SGSST

OBJETIVO DE LA REUNION

Reconocimiento en los trabajadores de las generalidades del SGSST en pro de la protección en los ambientes de trabajo

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 7 a.m se da inicio a la capacitación programada INDUCCION GENERALIDADES DEL SGSST – POLITICAS SGSST abordando a los trabajadores en cada puesto de trabajo donde se les mostraba las generalidades del SGSST reconocimiento de su importancia en el ambiente laboral, se abordó la preparación del ambiente de trabajo seguro, reporte de condición insegura, uso correcto de EPP, importancia de la comunicación asertiva.

Siendo las 10 a.m se da por terminada la reunión de formación continua adelantada.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

RESPONSABLE	COMPROMISO	FECHA	SEGUIMIENTO
Colaboradores	Poner en práctica los conceptos recibidos	Todo el tiempo	

PENDIENTES/ TEMAS A TRATAR PRÓXIMA REUNIÓN (SI APLICA)

- Reporte del incidente y/o accidente de trabajo

LISTA DE ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA

ANEXO 1: AYUDA METODOLOGICA

CLASE DE RIESGO POR ACTIVIDAD ECONOMICA



CLASE I: Riesgo mínimo actividades financieras trabajos de oficina, centros educativos,...



CLASE II: Riesgo bajo fabricación de tapetes, tejidos, confecciones...

CLASE III: Riesgo medio fabricación de agujas, alcoholes, alimentos, cuero...





CLASE IV: Riesgo alto fabricación de aceites, vidrio, transporte, galvanizado...

CLASE V: Riesgo máximo areneras, asbesto, bomberos, manejo de explosivos, construcción, explotación petrolera...



INTERVENCIONES Y CONTROLES



FUENTE

Donde el riesgo se origina



MEDIO

Por el cual se transmite el riesgo



PERSONAS

Que reciben el impacto de los riesgos

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

UNION TEMPORAL JM VIAL S.A.S., se dedica a prestar sus servicios para satisfacer la alta demanda de transformación urbanística mediante el proceso de proyectos construcción urbanos y rurales , siendo esta una actividad de alto riesgo y por esta razón se reafirma su compromiso con la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST, y a la promoción de la calidad de vida laboral, a la prevención de incidentes y accidentes de trabajo, enfermedades laborales y daños a la sociedad como del ambiente, basándose en los lineamientos básicos de la mejora continua de los estándares de seguridad.

La alta dirección como parte interesada en el bienestar y salud de sus trabajadores asume la responsabilidad y se compromete a dar cumplimiento a la legislación legal vigente en materia seguridad salud en el trabajo, a la identificación y valoración de los riesgos en las actividades desarrolladas, así mismo a la implementación de los controles identificados, a realizar las debidas inducciones, reinducciones y capacitación a todo personal independientemente de su forma de contratación, a la disminución de los ausentismos, y a la asignación de los recursos necesarios para la implementación y mantenimiento del SG-SST.

Para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en esta política se designarán los recursos humanos, tecnológicos y financieros teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- Establecer mecanismos enfocados a la identificación y valoración de peligros y riesgos encaminados a la prevención de la accidentalidad y enfermedad laboral a través de controles y el uso de elementos de protección personal.
- Asignar los recursos necesarios para el SG-SST ya sea de carácter humano, tecnológico y financiero para protección de sus colaboradores independientemente de su forma de contratación, contratistas y/o visitantes en los lugares de trabajo.
- Consolidar como parte de la organización la seguridad en todos los ámbitos a los cuales afectan a sus colaboradores y comprometerse desde el más alto nivel de la organización a la implementación de un sistema de gestión para la seguridad y salud en el trabajo mediante el ciclo PHVA.
- Evaluar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables en materia de SST mediante la divulgación de las exigencias por aspecto legal.

- Capacitar al personal nuevo o antiguo sobre temas de seguridad y salud en el trabajo mediante los procesos de capacitación, inducción y reentrenamiento.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Los lineamientos de la Política deben ser revisados como mínimo una vez al año, de requerirse por modificación de la normatividad vigente o de nuevas disposiciones, se ajustará y actualizará de acuerdo a los cambios legales en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Dado en Cúcuta a los (5) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025).

ZENITH JOHANNA BECERRA QUINTERO
Representante Legal

CAUSAS DE LOS ACCIDENTES

- Exceso de confianza

"Siempre he trabajado así y nunca me ha pasado nada".

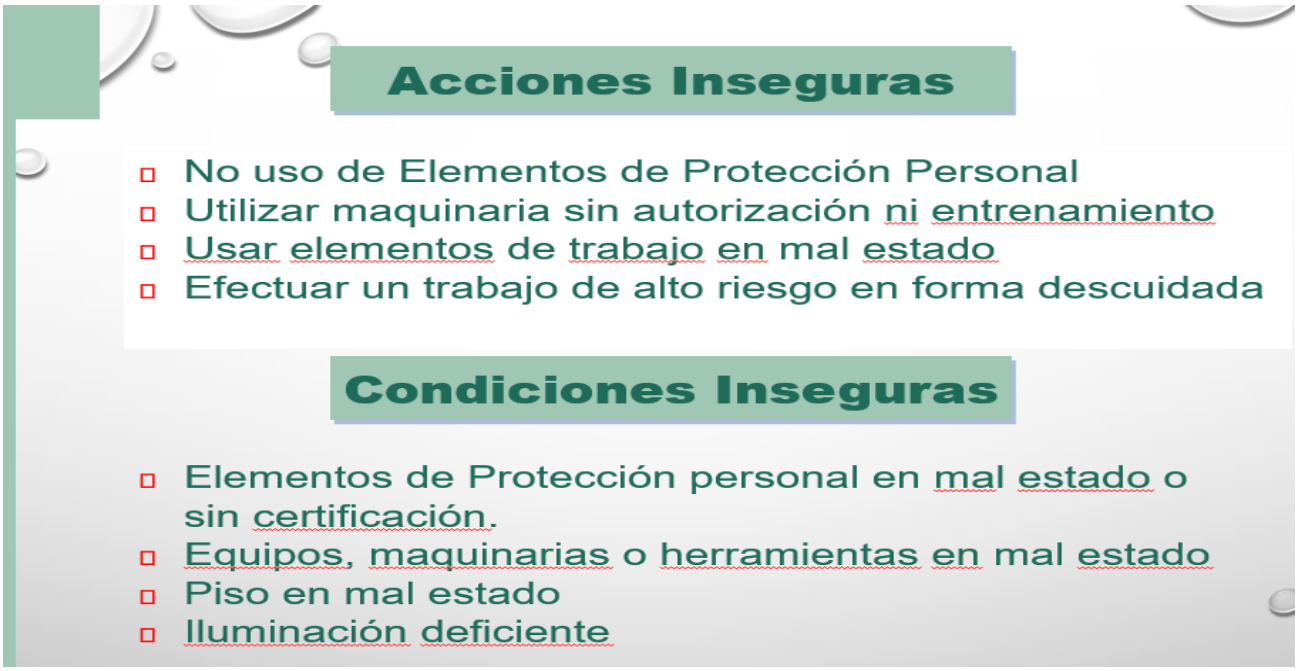
- Ahorro de tiempo
- Percepción del riesgo como algo ajeno.

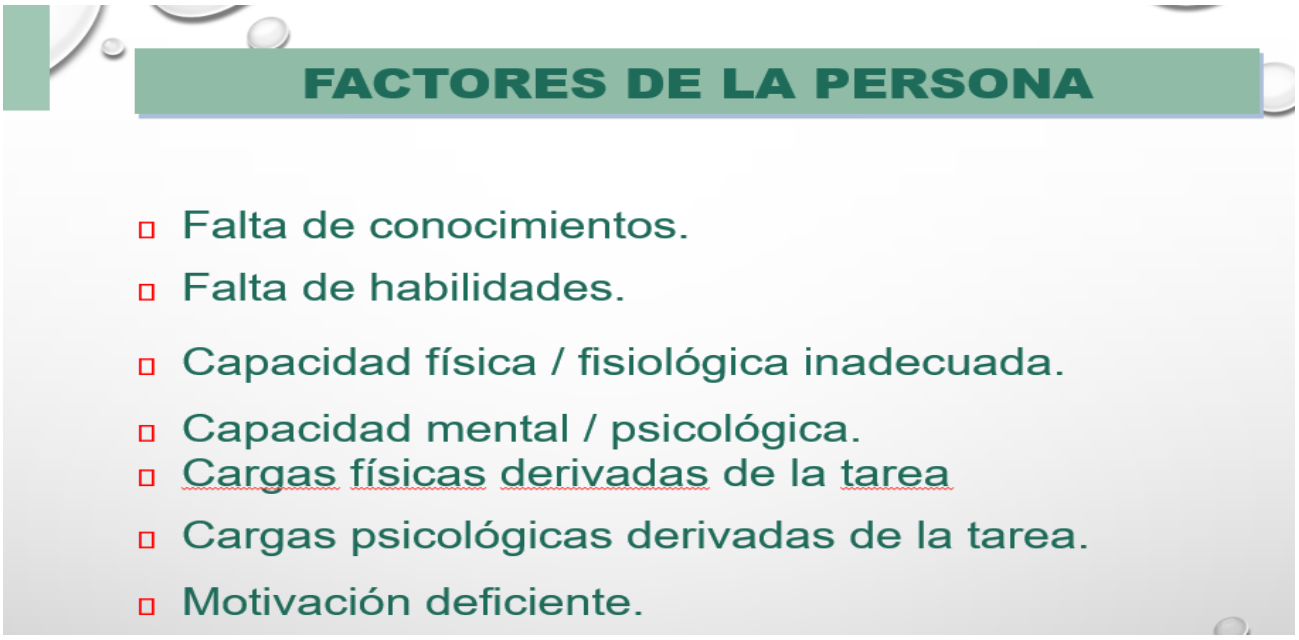
"Los accidentes le pasan a los demás"

- Factores de control externo

"Algún día me tenía que pasar"

"Me tocó la mala suerte"


Acciones Inseguras
No uso de Elementos de Protección Personal
Utilizar maquinaria sin autorización ni entrenamiento
Usar elementos de trabajo en mal estado
Efectuar un trabajo de alto riesgo en forma descuidada
Condiciones Inseguras
Elementos de Protección personal en mal estado o sin certificación.
Equipos, maquinarias o herramientas en mal estado
Piso en mal estado
Iluminación deficiente


FACTORES DE LA PERSONA
Falta de conocimientos.
Falta de habilidades.
Capacidad física / fisiológica inadecuada.
Capacidad mental / psicológica.
Cargas físicas derivadas de la tarea
Cargas psicológicas derivadas de la tarea.
Motivación deficiente.

Tipos de Accidentes

- Caídas del mismo nivel
- Caídas de distinto nivel
- Golpeado por/con/contra objetos o estructuras
- Atrapamiento en máquinas, materiales o instalaciones
- Contacto con objetos cortantes
- Contacto con objetos punzantes
- Contacto con fuego/objetos/líquidos calientes
- Contacto con productos químicos
- Sobreesfuerzo por peso excesivo/movimiento brusco/ movimiento repetido/mantención de postura no neutra.
- Atropellamiento o choque
- Contacto con electricidad



Elementos de Protección Personal



- Todo dispositivo o medio que pueda llevar o del que pueda disponer una persona, con el objeto de que la proteja contra uno o varios riesgos que puedan amenazar su salud o seguridad.
- En Argentina, según Resolución 896/99, estos elementos de protección personal deben contar con una certificación por Marca de Conformidad, extendida por un organismo de Certificación reconocido por la Secretaría de Industria, Comercio y Minería y acreditado por el OAA (Organismo Argentino de Acreditación).

Comisión SySO – FACET - UNT

FUENTE	EVALUACIÓN DEL RIESGO	PROTECCIÓN
IMPACTO: vituras, esmerilado, albañilería, carpintería, aserrado, taladrado, sincelado fijación mecánica, remachado y limpieza de arena	Fragmentos, objetos, vituras grandes, partículas, arena, suciedad, lanzadas de aire.	Anteojos de seguridad con cubiertas laterales o caretas, dependiendo del riesgo y de la severidad.
CALOR: operaciones en hornos, vaciados, fundición inmersión en caliente y soldadura	Chispas calientes Salpicaduras de metales fundidos Exposición a alta temperatura	Gafas, anteojos de seguridad con cubiertas laterales o caretas para exposiciones severas Caretas sobre gafas Caretas o caretas reflectoras
QUIMICOS: manejo de ácidos y químicos, desengrasado y enchapado.	Salpicaduras Nieblas irritantes	Gafas, copas para los ojo y caretas tipo cubierta para exposición severa Gafas de protección especial
POLVO: carpintería, pulido, condiciones generales polvorientas	Polvo molesto	Gafas, copas para ojos y tipo cubierta
LUZ O RADIACION:		
REFLEJOS	Visión débil	Anteojos con lentes oscuros o para propósitos especiales.



ANEXO 2: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS







ANEXO 3: REGISTRO DE ASISTENCIA

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: JM-SGSST-FO-08
		Versión 1
		Revisión 0
	REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: Junio 2025
		Página 1 de 1

Ciudad	La Floresta - Buena Esperanza	D	M	A
		02	04	2025

ACTIVIDADES RERALIZADAS	SI	NO	TEMA(S) TRATADO(S) CUAL(ES)
Inducción - Reinducción	X		Generalidades SGSST
Charlas de seguridad			
Reuniones de seguridad y salud en el trabajo			
Seminario-taller-curso			
Capacitación y entrenamiento de SST			
Capacitación especifica al cargo			
Otra			

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Joseph Esteven Zuñiga Gonzalez 1091970924	Paletero	Joseph Zuñiga
2	Kevin Miguel Arenas Suarez 1148805729	Auxiliar Obra	
3	Javier Espinoza 1090447197	Operario Maquina	
4	Juan Pablo Toloza Rojas 1098719626	Topógrafo	
5	Juan Camilo Quintero Vargas 1090595288	Obrero	
6	Edwin José Manosalva 1093780281	Obrero	Edwin Manosalva
7	Zaida del Rosario Mota Gonzalez DPT 1128501?	Palatera	
8	Jefferson Hernandez 1093779949	Obrero	
9	Jairo Quintero Vargas 5428644	Maestro Obra	
10	Anderson D. Ochoa Cervantes 1003041962	Residente de Interventoria	
11	Anderson Villabona Suarez 1091256628	Obrero	Anderson
12			
13			
14			
15			

Elaboro: Jomaira B Gaona Ordoñez	Reviso:	Aprobó:	Código: JM-SGSST-FO-08
			Fecha de modificación: 20/06/2025

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: JM-SGSST-FO-08
		Versión 1
		Revisión 0
	REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: Junio 2025
		Página 2 de 1

16			
17			
18			
19			
20			

Observación: Se realizo inducción personalizada al SGSST presentandose y enfocandose el predisposicion a los FR mas presentes - Uso correcto de EPP - reconocimiento de un sitio de trabajo seguro - Forma de reportar el accidente de trabajo - asi como la importancia del incidente de trabajo - Adopción del comportamiento seguro.

PERSONA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	
NOMBRE	FIRMA
Jomaira B Gaona Ordoñez Profesional HSQ SGSST.	

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:	Código: JM-SGSST-FO-08
Jomaira B Gaona Ordoñez			Fecha de modificación: 20/06/2025

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL NIT 901333883-1	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: JM-SGSST-FO-08
		Versión 1
		Revisión 0
	REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: Junio 2025
		Página 1 de 1

Ciudad Cucuta	la Floresta.	D	M	A
		04	07	2025.

ACTIVIDADES RERALIZADAS	SI	NO	TEMA(S) TRATADO(S) CUAL(ES)
Inducción - Reinducción	✓		Generalidades SGSST
Charlas de seguridad			
Reuniones de seguridad y salud en el trabajo			
Seminario-taller-curso			
Capacitación y entrenamiento de SST			
Capacitación especifica al cargo			
Otra			

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Sandra Milena Calderon.	Trabajada social.	
2	Karen Pedraza.	Ambiental.	
3	Jose Mauricio Mora.	Ingeniero	
4	Jose Henry Duarte.	Director.	
5	Jaime Ramirez.	Especialista en vias	Jaime Ramirez A
6	Jose Carlos Agudelo	Residente.	Jose Carlos Agudelo P
7	Lander Smith Becerra.		
8	Marcos Fernando Velandia.	Ing. Residente.	Marcos Fernando Velandia
9	Oscar Eduardo Reyes.	Residente.	
10	Luis Miguel Fuentes	Ayudante obra.	Luis Miguel Fuentes.
11	Ricardo Rubio.	Ayudante	Ricardo Rubio.
12	Wilma Garcia.	Maestro.	Wilma Garcia. D.
13	Angela Mosquera.	Paletera.	

PERSONA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	
NOMBRE	FIRMA

Elaboro: Jomaira B Gaona Ordoñez	Reviso:	Aprobó:	Código: JM-SGSST-FO-08
			Fecha de modificación: 20/06/2025

Powered by CamScanner

INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE LA ARL DE AFILIACION EMPRESA

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

Medellín, 27 de Junio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Dando cumplimiento a lo estipulado en la circular externa 007 de 1996 de la Superintendencia Financiera (título VI, numeral 1.5, literal g), se expide la presente constancia de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

Nombre o razón	UNION TEMPORAL JM VIAL
Cédula de ciudadanía o Nit	N901933653
Fecha inicio de vigencia	11/06/2025 00:00:00
Fecha fin de vigencia	AFILIADA
Estado	EN COBERTURA
Número de centros de trabajo	1
Número de afiliados dependientes	25
Número de afiliados independientes	0
Número cotizantes en mora:	0
% cotizantes en mora:	0 %
Código de actividad principal	5429001
Clase de riesgo 5	Tasa de riesgo 6.96%

ACTIVIDAD ECONÓMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN,

Nombre	Código	Clasificación	Tarifa
PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER	0000000001	5	6.96

"Mora: Es el incumplimiento que se genera cuando existiendo afiliación no se realiza la autoliquidación acompañada del respectivo pago de las Contribuciones Parafiscales de la Protección Social en los plazos establecidos en las disposiciones legales vigentes.

Entiéndase dentro de este concepto, la mora que registra el empleador respecto de algunos trabajadores a su cargo. Art 6

En el estado de cuenta integral podrás encontrar el resumen y detalle actualizado de tus moras, inexactitudes, recobros de AT, pagos de incapacidades y devoluciones disponibles. Esto dará claridad a las diferencias y la mora que presentas. Para consultar el estado de cuenta integral, ingresa a https://www.arlsura.com da clic en Empresa e inicia sesión y sigue esta ruta: Gestión Administrativa/ Mi Empresa/ Estado de Cuenta/ Estado de Cuenta Integral.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

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.
Dirección IP: 181.68.202.102, 198.143.41.41,

INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE SURA DE EJECUCION DE SG-SST

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

ARL

CE202511014012

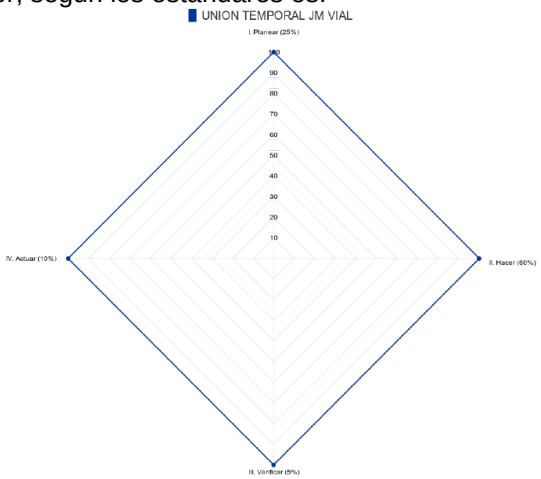
CONSTANCIA

La compañía Seguros de Vida Suramericana S.A, se permite informar que la empresa: **UNION TEMPORAL JM VIAL** Con NIT **901933653** afiliada desde el 11 de junio del 2025 actualmente desarrolla el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST); para ello, la empresa el día **27 de junio del 2025** ha aplicado la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019, teniendo en cuenta la tabla de valores de los estándares mínimos, dando como resultado un valor de:

VALOR	INTERPRETACION
100%	**ACEPTABLE**

La autoevaluación de estandares minimos corresponde al año 2024

La distribución de este valor, según los estándares es:



Cabe anotar, que la empresa **UNION TEMPORAL JM VIAL** es responsable en el desarrollo de las actividades tendientes a dar cumplimiento a los requisitos normativos, al monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Dada en Medellín, día 08 de julio del 2025**.**

Cordialmente,

Marlon D. Ramírez Torres

Marlon David Ramírez Torres
Asesor en Seguridad y Salud en el Trabajo
TELEPERFORMANCE COLOMBIA S.A.S EN NOMBRE DE ARL SURA
La información suministrada en este certificado es a corte del 08/07/2025

INFORME INICIAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

6. MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS

UNIÓN TEMPORAL

JM VIAL

NIT 901933653-1

UNION TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS — **JM - SST - 001**

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER — **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024** — **ELABORO: PROFESIONAL HSE**

PROCESO	ACTIVIDAD	RUTINARIA	NO RUTINARIA	PELIGRO		EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION		CRITERIOS CONTROLES			MEDIDAS DE INTERVENCION				
				DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICIÓN	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACIÓN DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCIÓN	INTERPRETACIÓN DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	N° DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS, ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COLECTIVO
Obras civiles para mantenimiento de la infraestructura	Demolición manual - cargado maquinaria y herramientas manuales		x	Exposición a material particulado causa de la demolición y desmonte de vias	FISICO	Lesiones en la piel y ojos, cortaduras	Ninguno	Ninguno	Uso de protección respiratoria, guantes y gafas de seguridad EPP	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades respiratorias	Si				Capacitación en uso de elementos de protección personal, charlas de seguridad en autocuidado, realizar exámenes medico de ingreso e greso	Guantes, casco , botas, overol, gafas, proteccion respiratoria
		x		Posturas inadecuadas, mantenidas, forzadas	BIOMECANICO	Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento, hernia).	Ninguno	Ninguno	Realización de exámenes médicos ocupacionales. Realización pausas activas	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES INMEDIATOS		Enfermedades osteomusculares	Si				Capacitar en higiene postural, realizar pausas activas, charlas de seguridad frente al autocuidado	
		x		Movimientos Repetitivo tronco y miembros superiores						6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES INMEDIATOS								
			x	Exposición a ruido de impacto generado por la maquinaria y herramientas usadas	Fisico	Cefalea, alteraciones asociadas a estrés, déficit auditivo	Ninguno	Ninguno	Uso de protectores auditivos de inserción	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Hipoacusia neurosensorial	Si				*Sensibilizar frente al autocuidado * Capacitar en el uso seguro de herramientas	
			x	Carga manual de escombros		Parestesias, dolor, fatiga, deterioro de las articulaciones, desgaste de huesos.	Preoperacional de herramientas y equipos	Ninguno	Examenes medicos ocupacionales de ingreso (osteomusculares), realizarpausas activas	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Parestesias en miembros inferiores, dolor.	Si				Charlas de seguridad sobre efecto de las vibraciones, fomentar autocuidado, , descansos, recesos, ejercicios de estiramiento, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	
		x		Publica (inconformidad de la comu nidad)	Condiciones de seguridad	Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	*Realizar inventario de herramientas y equipos antes,durante y despues de la jornada laboral. * Organizar a los trabajadores en grupo. *Acatar lineamientos de seguridad impuestos en la obra.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE CORTO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	Si				*Capacitar en primeros auxilios. *Retroalimentación en condiciones internas de seguridad * Capacitar en el riesgo	

VII	BAJO
VI	TRIVIAL
V	TOLERABLE
IV	MODERADO
III	IMPORTANTE
II	CRÍTICO
I	NO ACEPTABLE

UNION TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER | **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024**

PROCESO	ACTIVIDAD	PELIGRO					CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION		CRITERIOS CONTROLES		
		RUTINARIA	NO RUTINARIA	DESCRIPCION	CLASIFICACION	EFECTOS POSIBLES	FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICION	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION	INTERPRETACION DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	Nº DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO
Obras civiles mantenimiento de la infraestructura vial - Gestion administrativa	Organización documental -		x	Condiciones del ambiente de trabajo.	PSICOSOCIAL	Estrés, desconcentracion.	Ninguno	Ninguno	* Realizar descansos a intervalos de la jornada laboral.	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Estrés Laboral	SI
		x		Posturas inadecuadas, mantenidas, prolongadas	BIOMECANICO	Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento, hernia).	Ninguno		Realizar pausas activas, descansos	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades osteomusculares. Hernias	SI
		x		Movimientos Repetitivo tronco y miembros superiores					Realizar pausas activas, descansos	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO			
		x		Manejo inadecuado de equipos de oficina y uso excesivo	CONDICIONES DE SEGURIDD	Heridas Resbalones, caídas, traumas con posterior causa de esguinces, fracturas, luxaciones Golpes Machucones Caídas a nivel fracturas, esguinces, golpes. Corte . Lesiones oculares - Caídas a nivel fracturas, esguinces, golpes	Disponer de un área para el almacenamiento seguro de insumos de oficina, equipos y materiales requridos para la labor	* Demarcación áreas de trabajo. *Mantener limpia y ordenada el área de trabajo. Uso de sistemas e acceso acordes con la actividad	* Uso de seguridad,comunicación asertiva * Mantener el área de trabajo en condiciones de orden y aseo.	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Amputaciones	SI
		x		Publico (inconformidad de la comunidad)	Publico	Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	Comunicación asertiva	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	SI
		x		Manipulación sustancias químicas. Inhalación de polvo, proyección de Material particulado	QUIMICO	Irritación de piel, afectación de vías respiratorias. Lesiones en ojos.	Ninguno	Ninguno	*Uso de gafas de seguridad protección respiratoria, uso de guantes de caucho.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Dermatitis. Enfermedad respiratoria	SI

VII	BAJO
VI	TRIVIAL
V	TOLERABLE
IV	MODERADO
III	IMPORTANTE
II	CRÍTICO
I	NO ACEPTABLE

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS | **JM - SST - 001**

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER | **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024** | **ELABORO: PROFESIONAL HSE**

PROCESO	ACTIVIDAD	PELIGRO				EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO						VALORACION		CRITERIOS CONTROLES			MEDIDAS DE INTERVENCION				
		RUTINARIA	NO RUTINARIA	DESCRIPCION	CLASIFICACION		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICION	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION	INTERPRETACION DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	N° DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	ELIMINACION	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS, ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COLECTIVO
mantenimiento de la infraestructura vial	Fundida de vias	x		* Ruido de equipos de corte, y de mezcladora	Físico	Disminucion de la Capacidad Auditiva.	Ninguno	Inspección pre operacional	* Realización de audiometrías, protección auditiva inserción y copa	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Perdida de Capacidad Auditiva.	SI				* Realizar mantenimientos preventivos y/o correctivos a los equipos. * Sensibilizar frente al autocuidado * Reducción del tiempo de exposición (pausas pasivas). * Capacitar en el uso de adecuado de los equipos	
		x		Vibraciones (mano-brazo)		Parestesias, dolor, fatiga, deterioro de las articulaciones, desgaste de huesos.	Preoperacional de herramientas y equipos	Ninguno	Examenes medicos ocupacionales de ingreso (osteomusculares), realizarpausas activas	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Parestesias en miembros inferiores, dolor.	SI				Examen de egreso (osteomuscular), Charlas de seguridad sobre efecto de las vibraciones, fomentar autocuidado, , descansos, recesos, ejercicios de estiramiento, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	
			x	Exposición a Radiaciones no ionizantes (solares)		Insolación Afectación de la Piel	Ninguno	Ninguno	* Uso camisa manga larga, casco dieléctrico. *Hidratación periódica. *uso gorros tipo monja al trabajador	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones de la Piel	SI				Capacitar en uso de elementos de proteccion personal, charlas de seguridad frente al autocuidado	
		x		Condiciones del ambient de trabajol.	Psicosocial	Estrés, desconcentracion.	Ninguno	Ninguno	* Realizar descansos a intervalos de la jornada laboral.	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Estrés Laboral	SI				* Realizar pausas activas. * Charlas de seguridad sobre trabajo en equipo. *Capacitar en comunicación efectiva *Socialización reglamento del comité de convivencia	
		x		Posturas inadecuadas, mantenidas, forzadas.	Biomecánico	Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento	Ninguno	Ninguno	* Realizar exámenes médicos con énfasis osteomuscular	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades osteomusculares. Hernias	SI			*Hacer uso de ayudas mecánicas (Minicargador o carretillas), dividir el peso de la carga (Bulto de cemento).	* Implementar pausas activas. *Capacitar en manejo de carga y limites permitidos para levantar cargas. * Sensibilización frene a los hábitos y estilos de vida saludables. *Sensibilización frente a la higiene postural.	
		x		Sobreesfuerzos Cargue y traslado de materiales, herramientas y equipos.				* Hacer uso de ayudas mecánicas		6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO							

Obras civiles para el		x		Movimientos Repetitivo tronco y miembros superiores		hernia).		Ninguno		6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO										
		x		Manejo inadecuado de herramientas y equipos. Uso de herramientas y equipos en mal estado. Golpes, atrapamientos con herramientas y materiales. Atrapamiento.	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Heridas Golpes Machucones Aplastamiento Corte . Lesiones oculares	Ninguno	* Inspección de herramientas y equipos	* Uso de guantes, botas de seguridad. * Mantener el área de trabajo en condiciones de orden y aseo.	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Amputaciones	SI				* Sensibilizar frente a la importancia de reportar actos y condiciones inseguras *Capacitar medidas de seguridad para el uso de herramientas y equipos *Capacitación Primeros Auxilios, Mantenimiento preventivos y correctivos.	
			x	Terrenos irregulares. Acopio de materiales y herramientas de forma inadecuado. Inadecuada demarcación		Caídas a nivel fracturas, esguinces, golpes.	*Disponer de un área para el almacenamiento de herramientas, equipos y materiales.	*Demarcación áreas de trabajo. *Mantener limpia y ordenada el área de trabajo.	* Uso de botas dielectricas, guantes.	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Fracturas	SI				* Sensibilización frente a la importancia de señalizar, demarcar * Capacitar en orden y aseo *Implementar inspecciones de orden y aseo.	
		x		Publico (inconformidad de la comunidad)		Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	*Realizar inventario de herramientas y equipos antes,durante y despues de la jornada laboral. * Organizar a los trabajadores en grupo. *Acatar lineamientos de seguridad impuestos en obra.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	NO				*Capacitar en primeros auxilios. *Retroalimentacion en condiciones internas de seguridad * Capacitar en el riesgo	
			x	Manipulación de insumos y elementos requeridos. Inhalación de polvo. proyección de Material particulado	Químico	Irritación de piel, afectación de vías respiratorias. Lesiones en ojos.	Ninguno	Ninguno	*Uso de gafas de seguridad protección respiratoria, uso de guantes .	2	3	6	MEDIO	6	36	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Dermatitis. Enfermedad respiratoria, lesiones en ojos	SI				* Sensibilizar frente al autocuidado y uso de EPP. * Capacitar en manejo adecuado de sustancias químicas y almacenamiento seguro de las mismas. * Socializar hoja de seguridad del cemento , solventes y/o sustancias químicas	
			x	Equipos e instalaciones para conexión defectuosos, sobrecargas	Eléctrico	Electrocución - quemaduras y/o Muerte		*Demarcación y señalización del área de trabajo. *Mantener limpia y ordenada el área de trabajo. *Inspecciones pre operacionales	*Uso de botas de seguridad dieléctrica, gafas, guantes, casco dieléctrico, dotación. *Suspender labores en presencia de lluvias	2	3	6	MEDIO	60	360	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Muerte	SI				*Capacitación y Sensibilizar frente (No uso de elementos metálicos, celulares) * Capacitación en el riesgo y sus medidas de control	

UNION TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS | **JM - SST - 001**

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER | **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024** | **ELABORO: PROFESIONAL HSE**

PROCESO	ACTIVIDAD	PELIGRO				CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO						VALORACION		CRITERIOS CONTROLES			MEDIDAS DE INTERVENCION				
		RUTINARIA	NO RUTINARIA	DESCRIPCION	CLASIFICACION	EFECTOS POSIBLES	FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICION	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION	INTERPRETACION DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	Nº DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	ELIMINACION	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS, ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COLECTIVO
Obras civiles para mantenimiento de la infraestructura vial	Replanteo	X		Exposición a radiaciones no ionizantes (solares)	FISICO	Deshidratación, Fatiga	Ninguno	Ninguno	* Hidratación constante.* Realización de pausas. * Uso de camisa manga larga, cofia, pantalon, casco de seguridad.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE LARGO PLAZO		Alteraciones en la piel, deshidratación , dolor de cabeza	SI				* Realizar descansos a intervalos de jornada.	
			x	Condiciones del lugar de trabajo	PSICOSOCIAL	Estrés,desconcentracion	Ninguno	Ninguno	* Realizar descansos a intervalos de la jornada laboral.	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Estrés Laboral	SI				* Realizar pausas activas. * Charlas de seguridad en trabajo en equipo * Chasrlas de seguridad en comunicación efectiva, Socialización reglamento del comité de convivencia	
			x	Posturas inadecuadas	BIOMECANICO	Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento)	Ninguno	Ninguno	* Realizar exámenes médicos con énfasis osteomuscular, descansos, pausas activas	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades osteomusculares. Hernias	SI			*Hacer uso de ayudas mecánicas, dividir el peso de la carga (Bulto de cemento).	* Sensibilización frente a los hábitos y estilos de vida saludables, Sensibilización frente a la higiene postural. .	
			x	Sobreesfuerzos Cargue y traslado de materiales, herramientas y equipos.		Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento, hernia).	Ninguna	* Hacer uso de ayudas mecánicas (Mini cargador)		6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades osteomusculares. Hernias	SI				*Recomendaciones frente a nivelar cargas. *Sensibilización frente a los hábitos y estilos de vida saludables. . *Capacitar en manejo de carga y limites permitidos para levantar cargas	
			x	Manejo inadecuado de herramientas y equipos. Uso de herramientas y equipos en mal estado. Golpes, atrapamientos con herramientas y materiales.	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Heridas Golpes Machucones Aplastamiento Corte . Lesiones oculares	Ninguna	* Preoperacional de herramientas y equipos	* Uso de guantes, protección auditiva y gafas de seguridad, botas de seguridad dieléctrica. * Mantener el área de trabajo en condiciones de orden y aseo.	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE LARGO PLAZO		Amputaciones	SI				* Charlas de seguidad frente a la importancia de reportar actos y condiciones inseguras * Capacitar medidas de seguridad para el uso de herramientas y equipos, *Capacitación Primeros Auxilios, *Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y herramientas.	
			x	Terrenos irregulares acopio de materiales y herramientas de forma inadecuado. Inadecuada demarcación		Caídas a nivel fracturas, esguinces, golpes.	Disponer de un área para el almacenamiento de herramientas, equipos y materiales.	*Demarcación áreas de trabajo. *Mantener limpia y ordenada el área de trabajo.	* Uso de botas de seguridad con suela antideslizante, gafas de seguridad y guantes.	2	2	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Fracturas	SI				*sensibilización frente a la importancia de señalizar, demarcar * Capacitar en orden y aseo *Implementar inspecciones de orden y aseo.	
			x	Publico (inconformidad de la comunidad)	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	*Realizar inventario de herramientas y equipos antes,durante y despues de la jornada laboral. * Organizar a los trabajadores en grupo. *Acatar lineamientos de seguridad impuestos en obra.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	SI				*Capacitar en primeros auxilios. *Retroalimentacion en condiciones internas de seguridad * Capacitar en el riesgo	

VII	BAJO
VI	TRIVIAL
V	TOLERABLE
IV	MODERADO
III	IMPORTANTE
II	CRITICO
I	NO ACEPTABLE

UNION TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS | **JM - SST - 001**

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER | **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024** | **ELABORO: PROFESIONAL HSE**

PROCESO	ACTIVIDAD	PELIGRO				EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO						VALORACION		CRITERIOS CONTROLES			MEDIDAS DE INTERVENCION					
		RUTINARIA	NO RUTINARIA	DESCRIPCION	CLASIFICACION		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICION	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION	INTERPRETACION DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	Nº DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	ELIMINACION	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS, ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COLECTIVO
Obras civiles para mantenimiento de la infraestructura vial	Demolición manual		x	Exposición a material particulado causa de la demolición	Químico	Irritaciones en la piel y ojos	Ninguno	Ninguno	Uso de protección respiratoria, guantes y gafas de seguridad	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Enfermedades respiratorias	Si				Capacitación en uso de elementos de protección personal, charlas de seguridad en autocuidado, realizar exámenes medico de ingreso e greso	Guantes, casco , botas, overol, gasfas, proteccion respiratoria
			x	Posturas inadecuadas, mantenidas, forzadas	BIOMECANICO	Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento, hernia).	Ninguno	Ninguno	Realización de exámenes médicos ocupacionales. Realización pausas activas	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades osteomusculares	Si				Capacitar en higiene postural, realizar pausas activas, charlas de seguridad frente al autocuidado	
			x	Movimientos Repetitivo tronco y miembros superiores						6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO								
			x	Exposición a ruido de impacto generado por la demolición manual	Físico	Cefalea, alteraciones asociadas a estrés, déficit auditivo	Ninguno	Ninguno	Uso de protectores auditivos de inserción	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Hipoacusia neurosensorial	Si				*Sensibilizar frente al autocuidado * Capacitar en el uso seguro de herramientas	
			x	Vibraciones (mano-brazo)		Parestesias, dolor, fatiga, deterioro de las articulaciones, desgaste de huesos.	Preoperacional de herramientas y equipos	Ninguno	Examenes medicos ocupacionales de ingreso (osteomusculares), realizarpausas activas	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Parestesias en miembros inferiores, dolor.	Si				Charlas de seguridad sobre efecto de las vibraciones, fomentar autocuidado, , descansos, recesos, ejercicios de estiramiento, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	
			x	Publico (inconformidad de la comunidad)	Condiciones de seguridad	Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	*Realizar inventario de herramientas y equipos antes,durante y despues de la jornada laboral. * Organizar a los trabajadores en grupo. *Acatar lineamientos de seguridad impuestos en la obra.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	Si				*Capacitar en primeros auxilios. *Retroalimentación en condiciones internas de seguridad * Capacitar en el riesgo	

VII	BAJO
VI	TRIVIAL
V	TOLERABLE
IV	MODERADO
III	IMPORTANTE
II	CRITICO
I	NO ACEPTABLE

UNION TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER | **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024** | **ELABORO: PROFESIONAL**

PROCESO	ACTIVIDAD	RUTINARIA	NO RUTINARIA	PELIGRO		EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION		CRITERIOS CONTROLES			MED		
				DESCRIPCION	CLASIFICACION		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICION	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION	INTERPRETACION DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	Nº DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	ELIMINACION	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA
para el mantenimiento de la infraestructura vial	Acabados	x		Exposición a temperaturas (calor)	FISICO	Deshidratación, Disconfot termico,Fatiga, Cefalea, fatiga por calor, golpe de calor, calambres, Cefalea.	Ninguno	Ninguno	* Hidratación constante.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Golpe de calor, Alteraciones cutáneas, deshidratación , perdida del conocimiento	SI			
			x	Ruido de impacto		Cefaleas, disminución de la capacidad auditiva, estrés, fatiga, neurosis, dificultad para comunicación oral, perturbación del sueño.	Ninguno	Ninguno	Protección Auditiva (tipo inserción)	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Disminucion auditiva	SI			
			x	Vibraciones (mano-brazo)		Parestesias, dolor, fatiga, deterioro de las articulaciones, desgaste de huesos.	Ninguno	Ninguno	Examenes medicos ocupacionales de ingreso (osteomusculares)	2	3	6	MEDIO	10	60	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Parestesias en miembros inferiores, dolor.	SI			
			x	Condiciones del ambiente de trabajo.	PSICOSOCIAL	Estrés, desconcentracion.	Ninguno	Ninguno	* Realizar descansos a intervalos de la jornada laboral.	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Estrés Laboral	SI			
		x		Posturas inadecuadas, mantenidas, forzadas	BIOMECANICO	Lesiones Osteo - Musculares - Desorden de Trauma Acumulativo (Calambres, Espasmos, Lumbalgias, agotamiento, hernia).	Ninguno	Ninguno	* Realizar exámenes médicos con énfasis osteomuscular , descanso, realizar pausas activas	6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Enfermedades osteomusculares. Hernias	SI			
		x		Sobreesfuerzos, Cargue y traslado de materiales, herramientas y equipos				* Hacer uso de ayudas mecánicas		6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO						

Obras civiles		x		Movimientos Repetitivo tronco y miembros superiores				Ninguno		6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES						
		x		Manejo inadecuado de herramientas y equipos. Uso de herramientas y equipos en mal estado	CONDICIONES DE SEGURIDD	Heridas Golpes Machucones Corte . Lesiones oculares	Ninguno	* Preoperacional de herramientas y equipos	* Uso de guantes , botas de seguridad, gafas de seguridad. * Mantener el área de trabajo en condiciones de orden y aseo.	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Amputaciones	SI			
			x	Terrenos irregulares. Acopio de materiales y herramientas de forma inadecuado. Inadecuada demarcación		Caídas a nivel fracturas, esguinces, golpes.	*Disponer de un área para el almacenamiento de herramientas, equipos y materiales.	*Demarcación áreas de trabajo. *Mantener limpia y ordenada el área de trabajo.	* Uso botas de seguridad .	2	2	4	BAJO	25	100	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Fracturas	SI			
		x		Publico (inconformidad de la comunidad)	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	*Realizar inventario de herramientas y equipos antes,durante y despues de la jornada laboral. * Organizar a los trabajadores en grupo. *Acatar lineamientos de seguridad	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	SI			
		x		Manipulación del cemento. Inhalación de polvo. proyección de Material particulado	QUIMICO	Irritación de piel, afectación de vías respiratorias. Lesiones en ojos.	Ninguno	Ninguno	*Uso de gafas de seguridad protección respiratoria, uso de guantes de caucho.	6	3	18	ALTO	60	1080	III	IMPORTANTE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE CORTO PLAZO		Dermatitis. Enfermedad respiratoria	SI			

VII	BAJO
VI	TRIVIAL
V	TOLERABLE
IV	MODERADO
III	IMPORTANTE
II	CRÍTICO
I	NO ACEPTABLE

UNION TEMPORAL JM VIAL

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS

ZONA / LUGAR:OBRA CIVIL LA FLORESTA VEREDA BUENA ESPERANZA MUNICIPIO PUERTO SANTANDER | **FECHA DE ELABORACIÓN: 15 JUNIO DEL 2024**

PROCESO	ACTIVIDAD	PELIGRO				EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION		CRITERIOS CONTROLES			
		RUTINARIA	NO RUTINARIA	DESCRIPCION	CLASIFICACION		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	NIVEL DE DEFICIENCIA	NIVEL DE EXPOSICION	NIVEL DE PROBABILIDAD	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION	INTERPRETACION DEL NR	SIGNIFICADO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	Nº DE EXPUESTOS	PEOR CONSECUENCIA	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	ELIMINACION
Obras civiles Mantenimiento de infraestructura vial	Pintura y acabado de muros		x	Ruido continuo	Fisico	Cefaleas, disminuciòn de la capacidad auditiva, estrès, fàtiga, neurosis, dificultad para comunicaciòn oral, perturbaciòn del sueño.	Ninguno	Ninguno	Protecciòn Auditiva (tipo inserciòn)	2	2	4	BAJO	10	40	VI	TRIVIAL	ACEPTABLE CON VERIFICACIÓN ANUAL		Disminuciòn de la capacidad auditiva	Si	Ninguno
		x		Rocíos de pintura a base de agua/ epoxica.	Químico	Irritación de garganta y nariz, irritación y resequedad dermica	Ninguno	Ninguno	Protector respiratorio media cara, guantes plásticos, gafas de seguridad transparente.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Irritación en los ojos y nariz	Si	
		x		Postura sedente forzada	Biomecánico	Dolor de piernas y espalda	Ninguno	Ninguno	Descansos, realizar pausas activas,recesos.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Parestesias en miembros inferiores	Si	
		x		Movimientos repetitivos		Dolor en miembros superiores (manos), parestesia de muñecas, fatiga.	Ninguno	Ninguno		6	3	18	ALTO	25	450	IV	MODERADO	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS DE MEDIANO PLAZO		Parestesia de muñecas	Si	
		x		Publico (inconformidad de la comunidad)	Condiciones de Seguridad	Lesiones múltiples	Ninguno	Ninguno	*Realizar inventario de herramientas y equipos antes,durante y despues de la jornada laboral. * Organizar a los trabajadores en grupo. *Acatar lineamientos de seguridad impuestos en obra.	2	3	6	MEDIO	25	150	V	TOLERABLE	ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECÍFICOS DE LARGO PLAZO		Lesiones múltiples. Muerte	Si	

VII	BAJO
VI	TRIVIAL
V	TOLERABLE
IV	MODERADO
III	IMPORTANTE
II	CRÍTICO
I	NO ACEPTABLE

INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ENTREGA DE EPP Y DOTACION

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL NIT 901144669-1

APOYO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

AUDITORIA DE ENTREGA Y REPOSICION DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Codigo:	JM-SGSST-F-02
Versión	1
Revisión	0
Fecha:	Junio 2025
Página:	1 de 1

PROYECTO	La Floresta Pto Yeras.	Area/Lugar	Trauno Vial	FECHA	26 06 25	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	Jomaira B Ocaña

ENTREGA DE EPP	X	REPOSICION DE EPP	

PARTE DEL CUERPO PROTEGIDA

Nº	FECHA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	Cabeza		Ojos			Cara		Oidos		Respirador			Manos							Pies				Cuerpo				Casos Especiales			FIRMA DEL TRABAJADOR
			1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
			Casco de Seguridad	Casco de seguridad dieléctrico con barbuquejo	Gafas de Seguridad con Proteccion lateral (lente claro y oscuro)	Monogafas de seguridad	Gafas para cxicorte	Careta para esmeriar	Careta Soldador	Protector auditivo de insercion	Protector auditivo tipo copa	Respirador material particulado	Respirador para gases y vapores organicos	Respirador para humos metalicos	Guantes de vaqueta largo ó corto	Guantes de carnaza	Guantes dielectricos	Guantes de nitrilo	Guante de hilo y palma en caucho	Guantes de flex	Guante largo soldador	Botas dielectricas	Botas de caucho puntera caña alta	Botas de seguridad con puntera	Botas de material con puntera caña alta	Mangas y polainas en cuero	Peto (carnaza, vaqueta o caucho)	Pantalon y camisa de proteccion	Overol	Arnés con soporte lumbar, Eslinga absorbedor de choque. Eslinga graduable para restriccion y	Capuchón (monja ignifuga)	Traje Tyvek o nomex	
1	26/06	Zaida Mola	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Zaida Mola
2	26/06	Kevin miguel A.	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
3	26/06	Jeffersonfernandez	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Jeffersonfernandez
4	26/06	Edwin manosalva	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Edwin manosalva
5	26/06	Anderson	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Anderson
6	26/06	Jhon Oquiroz	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Jhon Oquiroz
7	26/06	Jeffer camilo a	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Jeffer camilo
8	26/06	Juan Pablo	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
9	26/06	Joseph zuñiga	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Joseph zuñiga
10																																	

La firma del trabajador ratifica que recibio los Elementos de protección personal en estado optimo y que se compromete a darle uso de manera adecuada en el desarrollo de las labores.

Powered by CamScanner

ENTREGA EPP Y DOTACIÓN









INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SOPORTE ELEMENTOS DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
UNION TEMPORAL JM VIAL NIT 901933653-1	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN Y CAMILLA EMERGENCIA		Codigo: SST088 Fecha: 09/03/2023
	UNION TEMPORAL JM VIAL	NIT. 901933653-1	Versión: 1 Página 1 de 1

AREA O PUESTO: CAMPO **FECHA:** 4-jul-25

QUIEN INSPECCIONA JOMAIRA GAONA **HORA:** 8:00 a. m.

ITEM	ELEMENTO	BUENO	MALO	NO APLICA	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
	ANTISEPTICOS					
1	Soluciones Yodadas (Isodine, prepodine)	X				
2	Alcohol al 70%	X				
3	Jabón Antibacterial			X	N/A	
	MATERIAL DE CURACIÓN					
4	Gasas	X				
5	Vendas	X				
6	Aplicadores			X	N/A	
7	Bajalenguas	X				
8	Algodón			X	N/A	
9	Micropore y esparadrapo	X				
10	Oclusor ojo Nexcare (parche para ojo)			X	N/A	
	INSTRUMENTOS ADICIONALES					
14	Tapabocas	X				
15	Guantes	X				
16	Gafas protectoras (Monogafas)				N/A	
17	Bolsas de plástico (rojas y verdes)				N/A	
18	Tijeras	X				
19	Linterna					
20	Jeringas (De 10 ml)				N/A	
21	Termómetro	X				
22	Toallas higiénicas					
23	Vasos desechables			X	N/A	
24	Libreta y lápiz					
	ELEMENTOS DE EMERGENCIAS					
25	Camilla rigida	X				
26	Juego de inmovilizadores: cuello, miembros superiores, miembros inferiores					
27	Linterna de emergencias			X	N/A	
28	Listado de todos los empleados de la ofcina con RH	X				
29	Megafono			X		
30	Listado de telefonos de emergencia: - Organismos de socorro - Administracion del edificio - Mantenimiento	X				

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL NIT 901933653-1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**		
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES		Codigo: SST087
			Fecha: 09/03/2023
	UNION TEMPORAL JM VIAL	**NIT. 901933653-1**	Versión: 1
			Página 1 de 1

AREA O PUESTO: LA FLORESTA **FECHA:** 1 JULIO

QUIEN INSPECCIONA JOMAIRA GAONA **HORA:** 9:AM

ITEM	CONCEPTO	BUENO	MALO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	¿Está el extintor en su lugar?	X			
2	¿El acceso al extintor está libre de obstrucciones?	X			
3	¿El extintor está completamente cargado y operable?	X			
4	¿Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor?	X			
5	¿El gabinete o gancho está ubicado a la altura correspondiente? (no mayor a 1,5 mt.)			X	
6	¿La base del extintor está al menos a 10 cm. de altura sobre el nivel del piso?			X	
7	¿Tiene el sello de seguridad?	X			
8	¿Tiene el pasador (pin) de seguridad?	X			
9	¿La pintura está en buen estado?	X			
10	¿Está en buen estado el cilindro? (No presenta oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones).	X			
11	¿Está en buen estado la manguera? (No presenta roturas, poros, agrietamientos u obstrucciones con papel, animales, otros).			X	
12	¿Están bien los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla?			X	
13	¿Está en buen estado la Corneta en los extintores de CO2? (No presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples).			X	
14	¿Está en buen estado la válvula? (No presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento).	X			
15	La lectura de presión está dentro del rango operable?	X			

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

REGISTRO FOTOGRAFICO







INFORME INICIAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

9. SOPORTE UNIDADES SANITARIAS

UNIÓN TEMPORAL

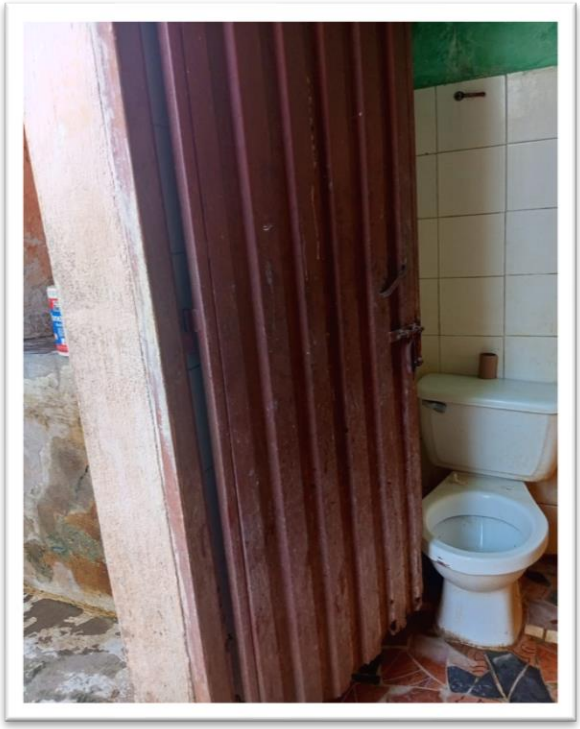
JM VIAL

NIT 901933653-1

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

REGISTRO FOTOGRAFICO DE UNIDADES SANITARIAS Y LAVAMANOS





INFORME INICIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SOPORTE DE SEÑALIZACION

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

UNIÓN TEMPORAL JM VIAL	**SOLICITUD DE PERMISOS**	**CODIGO: JM-SIG-FO-34**
		FECHA : 01/07/2025
	FORMATO DE INSPECCION A SEÑALIZACION	**Versión 3**

PROYECTO:	La floresta.	**INSPECCIONO:**	Jomaira Gaona.
AREA:	SST.	**CARGO:** Lider SST.	

PARAMETROS A REVISAR	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**N/A**
Hay señales informativas y preventivas en el área de trabajo	✓		
Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en el *área de trabajo*	✓		
Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias	✓		—
Hay señales de prohibido fumar en áreas de trabajo			—
Hay señales informativas sobre el tipo de extintor que se tienen	✓		
Hay señales para la ubicación de los extintores	✓		
Están demarcadas las áreas de trabajo	✓		
Hay señales en las áreas de almacenamiento	✓		
Hay señalización en las fuentes de energía			—
Hay señales preventivas en las áreas de alto riesgo	✓		
Hay señales de condiciones higiénicas en los baños y zonas de alimentación	✓		
Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajena a la empresa.	✓		—
Los carteles se encuentra en lugares estratégicos	✓		
Son acatadas las señales y avisos por parte del personal.	✓		

Observaciones:

ELABORO	**NOMBRE:** Jomaira Gaona			
	FIRMA:			
	CARGO: Profesional HSE SG SST.			
	FECHA:	02	07	2025.

APROBO	**SI (✓) NO ( )**

UNIÓN TEMPORAL
JM VIAL
NIT 901933653-1

REGISTRO FOTOGRAFICO SEÑALIZACION