INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 239 DE 2025

CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE OBRA No. 274 DE 2025

OBJETO:

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL Y LEGAL AL PROYECTO "MEJORAMIENTO DE LOS SECTORES K14+000 AL K14+418, K13+700 AL K13+950 Y DEL K5+440 AL K5+670 DE LA VIA UBATÉ - LENGUAZAQUE EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"

INFORME MENSUAL SST No. 2

Del 1 al 30 de junio 2025

INTERVENTOR: CONSORCIO CADO

Barranquilla – Atlántico, 1 de julio de 2025

INDICE

OBJETO: 1

INTERVENTOR: CONSORCIO CADO 1

1. INTRODUCCIÓN **3**

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA **3**

3. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO **3**

4. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **4**

4.1 Asignación de una persona que diseñe e implemente el SG-SST **4**

4.2 Asignación de responsabilidades en SST **4**

4.3 Asignación de recursos para el SG-SST **5**

4.4 Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral **5**

4.5 Conformación y funcionamiento del COPASST **5**

4.5.1 Capacitación de los integrantes del COPASST **5**

4.6 Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral **5**

4.7 Inducción y reinducción en SST **5**

4.8 Entrega de Elementos de Protección Personal (EPP) **5**

4.9 Plan de emergencias y brigada de respuesta **6**

6. CONCLUSIONES **6**

1. INTRODUCCIÓN

La empresa CONSORCIO CADO Contrato de Interventoría No. 239 de 2025, cuyo objeto es la interventoría técnica, administrativa, financiera, ambiental y legal al Contrato de Obra No. 274 de 2025, orientado al mejoramiento de los sectores K14+000 al K14+418, K13+700 al K13+950 y del K5+440 al K5+670 de la vía Ubaté – Lenguazaque, en el departamento de Cundinamarca, describe en el presente documento el cumplimiento a las condiciones contractuales del contratista de obra CONSORCIO JOTA & C el cual lleva realizando las actividades constructivas del contrato de construcción # 274 de 2025, en donde durante el presente periodo comprendido entre el 1 al 30 de junio del 2025, se describe y verifica las estrategias, medidas de manejo y procesos de implementación en seguridad y salud en el trabajo cuyo objetivo es controlar, mitigar y prevenir los incidentes y/o accidentes de trabajo junto a las enfermedades laborales, esto buscando claramente la agrupación al manejo y mitigación de los impactos negativos que se puedan generar durante las actividades constructivas llevadas a cabo durante el periodo en cada frente de obra en ejecución.

Este componente se ha diseñado con el fin de mantener un alto desempeño en los estándares de Salud Laboral en las actividades relacionadas con los diferentes procesos constructivos en las obras, cumpliendo con los requerimientos mínimos que deben contener todos los Programas de Gestión en Seguridad y Salud Laboral; enmarcado en la normatividad vigente colombiana y otras disposiciones aplicables al sector.

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

El objetivo fundamental del Componente de Seguridad y Salud en el trabajo es garantizar que en el desarrollo de los proyectos de obras civiles se implementen las medidas preventivas y de control necesarias frente a los riesgos de origen laboral existentes, que aseguren el bienestar de todas las partes involucradas, evitando daños a la propiedad, al ambiente y a la salud de los trabajadores; para lo cual se deberá enmarcar la gestión del Contratista en un proceso de mejora continua.

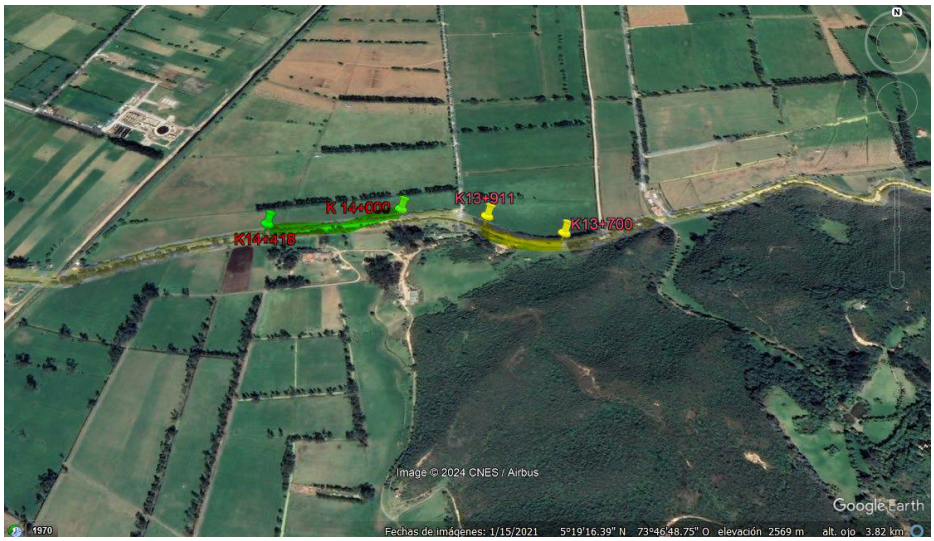
3. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

Los sectores por intervenir se encuentran ubicados sobre la vía que conecta los municipios de Ubaté y de Lenguazaque, específicamente los ubicados en K14+000 al K14+418 y del K13+700 al K13+950 y del K5+440 al K5+670, se debe tener en cuenta que el K0 del citado proyecto inicial en la salida de la zona urbana del municipio de Lenguazaque sentido Ubaté.

Por lo anterior, se considera necesario se intervengan estos sectores en aproximadamente

en 900 ml, del corredor vial, que está conformado por una calzada de un ancho de vía promedio de 7,10 metros y ausencia de cunetas en concreto en el sector de K13+700 al K13+950, así como la señalización y demarcación definitiva.

Ilustración 1 Ubicación geográfica del área de intervención



Fuente: Alcaldía de Ubaté

4. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con base en el informe presentado por el contratista, la interventoría realizó la verificación de los diferentes ítems del SG-SST, emitiendo las siguientes observaciones y recomendaciones:

4.1 Asignación de una persona que diseñe e implemente el SG-SST

Se confirma la existencia de un profesional en SST con licencia vigente, encargado de la implementación del SG-SST. La interventoría recomienda fortalecer la planeación documental con cronogramas detallados de actividades y soportes de ejecución.

4.2 Asignación de responsabilidades en SST

La interventoría valida la designación de funciones a la profesional de SST. Sin embargo, se sugiere documentar formalmente las responsabilidades asignadas mediante actas de distribución de roles y funciones.

4.3 Asignación de recursos para el SG-SST

El contratista ha destinado recursos económicos y materiales a la gestión en SST. La interventoría recomienda elaborar un informe financiero mensual que evidencie la ejecución presupuestal del área, asegurando que los recursos sean suficientes y oportunos.

4.4 Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral

Se verifica que todo el personal activo se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social. La interventoría solicita que se adjunten mensualmente los soportes de afiliación actualizados y las novedades correspondientes.

4.5 Conformación y funcionamiento del COPASST

La conformación del COPASST se encuentra pendiente. La interventoría recuerda que este comité es de carácter obligatorio y debe instalarse en el mes de julio si los trabajadores ingresados aumentan a más de 10, garantizando así la participación activa de los trabajadores en la gestión preventiva

4.5.1 Capacitación de los integrantes del COPASST

La capacitación no se ha realizado debido a que el comité no está conformado. La interventoría enfatiza en la importancia de cumplir con esta obligación una vez el COPASST sea instalado.

4.6 Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral

El comité aún no ha sido conformado. La interventoría advierte que este requisito debe cumplirse a la mayor brevedad, dado que constituye un deber legal y contractual.

4.7 Inducción y reinducción en SST

Se revisaron los registros de inducción al personal, evidenciando cumplimiento. La interventoría recomienda fortalecer los contenidos, enfatizando en los riesgos específicos de la obra y reforzar la reinducción periódica.

4.8 Entrega de Elementos de Protección Personal (EPP)

Se evidencian entregas de EPP al personal con sus respectivos registros. La interventoría recomienda realizar controles periódicos de uso y conservación de los equipos, reforzando la

cultura de autocuidado mediante campañas de sensibilización.

4.9 Plan de emergencias y brigada de respuesta

El plan de emergencias está documentado, sin embargo, la brigada aún no ha sido conformada. La interventoría exige la conformación inmediata de esta brigada para garantizar la respuesta efectiva ante posibles contingencias.

6. CONCLUSIONES

- ✓ El contratista ha demostrado avances progresivos en la implementación del SG-SST, especialmente en materia de inducciones, afiliaciones y entrega de EPP; sin embargo, persisten actividades críticas que deben cumplirse en el corto plazo.
- ✓ La conformación de los comités COPASST y de Convivencia Laboral debe ser conformado cuando el numero de trabajadores aumente a más de 10.
- ✓ Se exhorta al contratista a priorizar la conformación de brigadas de emergencia y la implementación de medidas preventivas integrales, que garanticen un entorno de trabajo seguro y en concordancia con las exigencias normativas.

ANEXO 1 DOCUMENTOS CONTRATISTA

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
0	mayo 2025	Emisión del documento.

INFORME MENSUAL No 2

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Del 01 al 30 Junio 2025

INSTITUTO DE INFRAESTRUCTURA Y CONCESIONES DE CUNDINAMARCA - ICCU

CONSORCIO JOTA & C

CONTRATO ICCU No. 274 DE 2025.

MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS SECTORES K14+000 AL K14+418, K13+700 AL K13+950 Y DEL K5+440 A K5+670 DE LA VIA UBATÉ - LENGUAZAQUE EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

PRESENTADO POR:

CARMEN PATRICIA ARISTIZÁBAL MURILLO

LPSST:0088-20

1. INTRODUCCIÓN

La SST es fundamental para crear entornos laborales seguros, minimizar riesgos, y asegurar el respeto a los derechos de los empleados.

Para que la práctica en materia de salud y seguridad laborales consiga objetivos como, bienestar social, mental y físico de los trabajadores (es decir “toda la persona”), son necesarias la colaboración y la participación de los empleadores y

de los trabajadores en programas de salud y seguridad, y se deben tener en cuenta distintas cuestiones relativas a la medicina laboral, la higiene industrial, la toxicología, la formación, la seguridad técnica, la ergonomía, la psicología, etc.

2. OBJETIVO

Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de verificar el nivel de implementación del SGSST, conforme a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019.

3. ALCANCE

Seguimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

4. SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SGSST	
ITEM	**CUMPLE**
Asignación de una persona que diseñe e implemente el Sistema de Gestión de SST	El CONSORCIO JOTA & C, cuenta con un equipo en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, encabezado por profesional en el área de SST, con licencia actualizada, con la cual se ha diseñado y se está implementando el SGSST.
Asignación de responsabilidades en SST	Se cuenta con la vinculación de la profesional de SST, la cual cumple con todos los requisitos exigidos por la ley y en los pliegos de condiciones.
Asignación de recursos para el Sistema de Gestión en SST	El CONSORCIO JOTA & C, demuestra la asignación de recursos, con la adquisición de insumos, materiales, elementos para el área SST; así como también cuenta con un presupuesto asignado para el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral	Para el presente período, se vincula personal para dar inicio a actividades de obra. Todo el personal vinculado cuenta con afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social.
	Total Personal del contrato en el mes: 9 Total Personal administrativo: 5 Director de Obra: 1 Ingeniero Residente: 1 Ingeniero inspector: 1 Asesor SST: 1 Asesor Social: 1 Asesor Ambiental: 0 Total Personal operativo: 4 Controlador de tráfico: 1 Oficiales: 0 Ayudante 1: 1 Ayudantes: 2 ANEXO 01

Conformación y funcionamiento del COPASST	Esta actividad queda pendiente para el mes de Julio, dando espera a la vinculación de más personal.
Capacitación de los integrantes del COPASST	Pendiente la ejecución de esta actividad.
Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral	El CONSORCIO JOTA & C, deja pendiente la conformación de este equipo, para el mes de julio, dando espera a la vinculación de más personal.
Programa de capacitación anual	El CONSORCIO JOTA & C, realizó jornada de capacitación en algunos de los temas propuestos en el cronograma de actividades. Se dio cumplimiento con el 69% de los propuesto, en las actividades y capacitaciones a ejecutar para el período. ANEXO 02
Inducción y reinducción en SST	Desde el área de Seguridad y salud en el Trabajo, da cumplimiento a las inducciones del personal, al ingreso a laborar cada trabajador. Se deja registro de las inducciones, de cada persona. ANEXO 03
Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	El CONSORCIO JOTA & C, cuenta con las Políticas de SST, Consumo de Sustancias y Acoso laboral, se encuentran soportadas dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Objetivos de SST	Los objetivos del CONSORCIO JOTA & C, se encuentran descritos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
Matriz legal	Este documento se encuentra soportado en el SG-SST.
Mecanismos de comunicación	Para este inicio de actividades, la divulgación en temas de SST, se ha realizado través de charlas, e inducciones.
Identificación y evaluación para la adquisición de bienes y servicios	La Matriz de Peligros y Riesgos, del CONSORCIO JOTA & C, se evidencia en el SG-SST.
Descripción sociodemográfica y Diagnóstico de condiciones de salud de los trabajadores	Al inicio de las actividades de cada trabajador se realiza la inducción y se toman los datos para determinar el Perfil Sociodemográfico, de cada colaborador.
Actividades de medicina del trabajo y de prevención y promoción de la Salud	El CONSORCIO JOTA & C, en el presente período vinculó personal para inicio de ejecución de actividades, teniendo pendiente la realización de los exámenes ocupacionales de ingreso; sin embargo a manera de información en la inducción al personal se le solicita declarar si presentan alguna enfermedad preexistente y el consumo de medicamentos diagnosticados. A la fecha ningún trabajador reporta enfermedades diagnosticadas ni tratamientos médicos.
Evaluaciones médicas ocupacionales	El CONSORCIO JOTA & C, en el presente período vinculó personal para inicio de ejecución de actividades, teniendo pendiente la realización de los exámenes ocupacionales de ingreso.

Custodia de las historias clínicas	El CONSORCIO JOTA & C, en el presente período vinculó personal para inicio de ejecución de actividades, teniendo pendiente la realización de los exámenes ocupacionales de ingreso.
Restricciones y recomendaciones médico laborales	El CONSORCIO JOTA & C, en el presente período vinculó personal para inicio de ejecución de actividades, teniendo pendiente la realización de los exámenes ocupacionales de ingreso.
Reporte de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	Para el presente período y durante el tiempo de ejecución que ha tenido el contrato, no se han presentado incidentes-accidentes, ni enfermedades laborales.
Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales	Al no presentarse eventos adversos, dentro la de la ejecución de las actividades del contrato de Obra N°274-2025, hasta el momento el Consorcio Jota & C no ha requerido realizar investigaciones de incidentes-accidentes.
Registro y análisis estadístico de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	No se presenta en el presente período, ausentismo laboral ni por accidentes-incidentes, ni por enfermedades comunes.
Metodología para identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	Se encuentra descrita dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos con participación de todos los niveles de la empresa	Se encuentra descrita dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Entrega de los Elementos de Protección Personal (EPP) y capacitación en uso adecuado	Mediante los registros de Entrega de Elementos de Protección personal, el CONSORCIO JOTA & C, evidencia su compromiso y cumplimiento en la entrega de EPP. Mediante las inducciones y charlas diarias, el personal de SST del CONSORCIO JOTA & C, insiste al personal, en el manejo y buen uso de éstos. ANEXO 04
Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	El Plan de Emergencia, se encuentra documentado y hace parte del SG-SST.
Brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	Esta actividad queda pendiente para el mes de Julio, dando espera a la vinculación de más personal.

CARMEN PATRICIA ARISTIZABAL MURILLO
LPSST: 0088-20
SG-S.S.T

ANEXOS

ANEXO 01

Listado de Personal Afiliaciones Seguridad Social

CONSORCIO JOTA & C

Objeto: Mejoramiento de los sectores K14+000 al K14+418, K13+700 al K13+950 y del K5+440 al K5+670 de la vía Ubaté – Lenguazaque en el departamento de Cundinamarca - Contrato de Obra Nº274 del 2025

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA (dd/mm/aaaa)	ARL	EPS	AFP	FECHA DE RETIRO DE LA EMPRESA (dd/mm/aaaa)	SEG SOCIAL Mayo 2025	SEG SOCIAL Junio 2025
9521002	Jorge Eivar Tulcan Lozada	Director de obra	22 abril 2025	Colpatria	Salud Total	Colpensiones		33491608	
1006662647	Heyver Camilo Navarro Mojhana	Ingeniero de Obra	10 junio 2025	Colpatria	Nueva EPS	Porvenir			
1098757260	David Santiago Gomez Diaz	Ingeniero inspector	18 junio 2025	Colpatria	Nueva EPS	Porvenir			
1018451911	Karen Viviana Guevara Riveros	Asesor Social	22 abril 2025		Compensar	Protección		9486400894	9487684203
42081884	Carmen Patricia Aristizabal Murillo	Asesor SST	22 abril 2025		Salud Total	Res: 2025-7066866		34502816	34502821
57291702	Liney Milena Buitrago Rusinque	Controlador transito	19 junio 2025	Colpatria	Nueva EPS	Protección			
1076672484	Wilmer Enrique Stel Crudiz	Ayudante 1	18 junio 2025	Colpatria	Nueva EPS	Porvenir			
PT6102408	Angel Antonio Carrizo Paz	Ayudante	19 junio 2025	Colpatria	Nueva EPS	Porvenir			
PT5221748	Jhon Heidy Molina Ramos	Ayudante	19 junio 2025	Colpatria	Nueva EPS	Porvenir			

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9029253 correspondiente a la empresa Consorcio Jota Y C.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
HEYVER CAMILO NAVARRO MOJHANA	C.C.	1,006,662,647	11/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 17 de junio de 2025 a las 03:45:09 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

* 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 DÍA 18 | MES 6 | AÑO 2,025

Lea atentamente las instrucciones 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: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN — A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — SI [ ] NO [✔]

5. TIPO DE AFILIADO — A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE — A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVARRO	MOJHANA	HEYVER	CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD — C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1006662647

11. SEXO BIOLÓGICO F [✔] M [ ]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: MOCOA

15. FECHA NACIMIENTO DÍA 7 | MES 10 | AÑO 1,992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA [ ]

17. COMUNIDAD INDÍGENA [ ]

18. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN [ ]

NIVEL [ ] **GRUPO** [ ]

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL [ ]

22. ARL AXA COLPATRIA

23. AFP PORVENIR

24. IBC $1,423,500

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN CLL 97 16-00

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3142452262

CORREO ELECTRÓNICO camilonm10@gmail.com

DEPARTAMENTO RISARALDA

MUNICIPIO/ DISTRITO PEREIRA

LOCALIDAD/COMUNA PALMAS DE BELMONTE

ZONA CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

IPS

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD — T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

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

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

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

55. Nombre o razón social CONSORCIO JOTA & C

56. Tipo documento de Identificación NI [✔] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

57. Número del documento de Identificación 901926980

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación CLL 97 16-00 PALMAS DE BELMONTE LOCAL 3 | TELÉFONO 3123106408 | consorciojotayc@gmail.com | RISARALDA | PEREIRA

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
NAVARRO	MOJHANA	SANTIAGO	ANDRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1085796156

62. SEXO BIOLÓGICO F [ ] M [✔]

63. SEXO IDENTIFICACIÓN F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO DÍA 9 | MES 10 | AÑO 2,003

65. EPS ANTERIOR

66. FECHA DE NOVEDAD DÍA 16 | MES 06 | AÑO 2025

67. MOTIVO DE TRASLADO Código

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES CAFAM

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 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. [ ]
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 — T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Firma 1006662647

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 — C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

Número del documento de identidad

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA | MES | AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

DIDIER AGUDELO CC 1086278076 C2095

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
860.002.183 – 9

CERTIFICA

*La empresa **CONSORCIO JOTA & C** identificada con NIT. **901926980 - 6** y afiliación **9029253** se encuentra afiliada a la ARL AXA COLPATRIA, desde el **10/06/2025** y que los trabajadores que se relacionan se encuentran afiliados bajo este empleador para la cobertura de riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.*

IDENT EMPLEADO	*TIPO DE ID*	*NOMBRES Y APELLIDOS*				*FECHA DE INGRESO*	*TASA DE RIESGO*
1098757260	*CC*	*DAVID*	*SANTIAGO*	*GOMEZ*	*DIAZ*	*10/06/2025*	*6,960%*

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 09 días del mes de junio de 2025.

Emisión y Novedades
ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
Líder S&A OP. No monetarias
Elaboró: ZLRS

* 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: DÍA 18 | MES 6 | AÑO 2,025

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVARRO	MOJHANA	HEYVER	CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006662647
11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO PUTUMAYO | MUNICIPIO MOCOA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 7 | MES 10 | AÑO 1,992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: AXA COLPATRIA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,423,500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CLL 97 16-00
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3142452262
CORREO ELECTRÓNICO: camilonm10@gmail.com
DEPARTAMENTO: RISARALDA
MUNICIPIO/ DISTRITO: PEREIRA
LOCALIDAD/COMUNA: PALMAS DE BELMONTE
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
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	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 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO JOTA & C	N [✔] T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	901926980	

59. Ubicación		TELÉFONO			
CLL 97 16-00 PALMAS DE BELMONTE LOCAL 3	3123106408	consorciojotayc@gmail.com	RISARALDA	PEREIRA	

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
NAVARRO	MOJHANA	SANTIAGO	ANDRES

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085796156
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 9 | MES 10 | AÑO 2,003
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 16 | MES 06 | AÑO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: CAFAM

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 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. [ ]
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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — david Gomez
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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
DIDIER AGUDELO CC 1086278076 C2095

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901926980
Número Afiliación:	9029253
Razón social:	CONSORCIO JOTA Y C

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	57291702
Nombre:	LINEY MILENA BUITRAGO RUSINQUE
Fecha Ingreso:	19/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/06/2025 04:12:44 p. m.

* 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 DÍA 18 | MES 6 | AÑO 2,025

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 [✔] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVARRO	MOJHANA	HEYVER	CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006662647

11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: MOCOA

15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 7 | MES 10 | AÑO 1,992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA:

17. COMUNIDAD INDÍGENA:

18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:

NIVEL:

GRUPO:

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:

22. ARL: AXA COLPATRIA

23. AFP: PORVENIR

24. IBC: $1,423,500

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN: CLL 97 16-00

TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO CELULAR: 3142452262

CORREO ELECTRÓNICO: camilonm10@gmail.com

DEPARTAMENTO: RISARALDA

MUNICIPIO/ DISTRITO: PEREIRA

LOCALIDAD/COMUNA: PALMAS DE BELMONTE

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

IPS:

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

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

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

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

55. Nombre o razón social: CONSORCIO JOTA & C

56. Tipo documento de Identificación: N.I. [✔] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

57. Número del documento de Identificación: 901926980

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: CLL 97 16-00 PALMAS DE BELMONTE LOCAL 3 | TELÉFONO: 3123106408 | CORREO: consorciojotayc@gmail.com | DEPARTAMENTO: RISARALDA | MUNICIPIO: PEREIRA

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
NAVARRO	MOJHANA	SANTIAGO	ANDRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085796156

62. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]

63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 9 | MES 10 | AÑO 2,003

65. EPS ANTERIOR:

66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 16 | MES 06 | AÑO 2025

67. MOTIVO DE TRASLADO Código:

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: CAFAM

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 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. [ ]
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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

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

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: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]

Número del documento de identidad:

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

DIDIER AGUDELO CC 1086278076 C2095

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901926980
Número Afiliación:	9029253
Razón social:	CONSORCIO JOTA Y C

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1076672484
Nombre:	WILMER ENRIQUE STEL CRUDIZ
Fecha Ingreso:	18/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/06/2025 03:32:39 p. m.

* 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: DÍA 18 | MES 6 | AÑO 2,025

Lea atentamente las instrucciones 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: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVARRO	MOJHANA	HEYVER	CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006662647
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO PUTUMAYO | MUNICIPIO MOCOA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 7 | MES 10 | AÑO 1,992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: AXA COLPATRIA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,423,500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CLL 97 16-00
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3142452262
CORREO ELECTRÓNICO: camilonm10@gmail.com
DEPARTAMENTO: RISARALDA
MUNICIPIO/ DISTRITO: PEREIRA
LOCALIDAD/COMUNA: PALMAS DE BELMONTE
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

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

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO JOTA & C	N [✔] T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	901926980	

59. Ubicación	TELÉFONO	CORREO	CIUDAD	DEPARTAMENTO
CLL 97 16-00 PALMAS DE BELMONTE LOCAL 3	3123106408	consorciojotayc@gmail.com	RISARALDA	PEREIRA

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
NAVARRO	MOJHANA	SANTIAGO	ANDRES

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085796156
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 9 | MES 10 | AÑO 2,003
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 16 | MES 06 | AÑO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: CAFAM

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 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. [ ]
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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:
DIDIER AGUDELO CC 1086278076 C2095

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901926980
Número Afiliación:	9029253
Razón social:	CONSORCIO JOTA Y C

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento	6102408
Nombre:	ANGEL ANTONIO CARRIZO PAZ
Fecha Ingreso:	19/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/06/2025 04:20:26 p. m.

* 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: DÍA 18 | MES 6 | AÑO 2,025

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVARRO	MOJHANA	HEYVER	CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006662647
11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO PUTUMAYO | MUNICIPIO MOCOA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 7 | MES 10 | AÑO 1,992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: AXA COLPATRIA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,423,500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CLL 97 16-00
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3142452262
CORREO ELECTRÓNICO: camilonm10@gmail.com
DEPARTAMENTO: RISARALDA
MUNICIPIO/ DISTRITO: PEREIRA
LOCALIDAD/COMUNA: PALMAS DE BELMONTE
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

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

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

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

55. Nombre o razón social: CONSORCIO JOTA & C
56. Tipo documento de Identificación: NI [✔] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 901926980
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CLL 97 16-00 PALMAS DE BELMONTE LOCAL 3 | TELÉFONO 3123106408 | consorciojotayc@gmail.com | RISARALDA | PEREIRA

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
NAVARRO	MOJHANA	SANTIAGO	ANDRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085796156
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 9 | MES 10 | AÑO 2,003
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 16 | MES 06 | AÑO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: CAFAM

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 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. [ ]
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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Angel Cruz

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: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

DIDIER AGUDELO CC 1086278076 C2095

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901926980
Número Afiliación:	9029253
Razón social:	CONSORCIO JOTA Y C

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento	5221748
Nombre:	JHON MOLINA RAMOS
Fecha Ingreso:	19/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/06/2025 04:06:04 p. m.

* 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: DÍA 18 | MES 6 | AÑO 2,025

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVARRO	MOJHANA	HEYVER	CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006662647
11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO PUTUMAYO | MUNICIPIO MOCOA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 7 | MES 10 | AÑO 1,992

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
		SI [ ] NO [✔]		SI [ ] NO [✔]					AXA COLPATRIA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1,423,500			CLL 97 16-00

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3142452262	camilonm10@gmail.com	RISARALDA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
PEREIRA	PALMAS DE BELMONTE	CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [✔]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: [✔] M
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: [✔] 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 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 ✔ 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 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO JOTA & C	N.I. [✔] T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	901926980	

59. Ubicación		TELÉFONO		CORREO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
	CLL 97 16-00 PALMAS DE BELMONTE LOCAL 3	3123106408		consorciojotayc@gmail.com		RISARALDA		PEREIRA	

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
NAVARRO	MOJHANA	SANTIAGO	ANDRES

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [✔]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085796156
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 DÍA	MES	AÑO	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
9	10	2,003		16	06	2025		CAFAM

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 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. [ ]
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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

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
Jhon molina	

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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

DIDIER AGUDELO CC 1086278076 C2095

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018451911		GUEVARA RIVEROS KAREN VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 80 # 7 - 83	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8030708	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1581052824	9487684203	I	2025/07/03	2025/06/26	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0						$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0						$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0						$405,800
1	CC	1018451911	GUEVARA KAREN																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0						$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018451911		GUEVARA RIVEROS KAREN VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 80 # 7 - 83	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8030708	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1581052824	9487684203	I	2025/07/03	2025/06/26	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CARMEN PATRICIA ARISTIZABAL MURILLO
IDENTIFICACIÓN:	CC-42081884
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-08-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-18
FECHA DE PAGO:	2025-08-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	34502821
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34502821
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 4.500	$ 178.000	$ 182.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 4.500	$ 178.000	$ 182.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/08/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2025_7066866

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) **ARISTIZABAL MURILLO CARMEN PATRICIA,** identificado(a) con CC No. 42,081,884, solicita el 1 de abril de 2025 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2025_7066866.

Que el (la) peticionario(a) ha prestado los siguientes servicios:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
ARISTIZABAL C OCTAVIO	19880219	19881231	TIEMPO SERVICIO	317
COOPDESARROLLO	19880412	19880427	TIEMPO SERVICIO	16
ARISTIZABAL C OCTAVIO	19890101	19891231	TIEMPO SERVICIO	365
ARISTIZABAL C OCTAVIO	19900101	19901231	TIEMPO SERVICIO	365
ARISTIZABAL C OCTAVIO	19910101	19911231	TIEMPO SERVICIO	365
ARISTIZABAL C OCTAVIO	19920101	19920120	TIEMPO SERVICIO	20
OSPINA HIJOS LTDA	19920102	19920601	TIEMPO SERVICIO	152
BOTERO SERNA FRANCISCO	19920421	19920930	TIEMPO SERVICIO	163
BOTERO SERNA FRANCISCO	19921001	19930131	TIEMPO SERVICIO	123
BOTERO SERNA FRANCISCO	19930201	19940131	TIEMPO SERVICIO	365
BOTERO SERNA FRANCISCO	19940201	19940531	TIEMPO SERVICIO	120
BOTERO SERNA FRANCISCO	19940601	19940901	TIEMPO SERVICIO	93
2 BOTERO SERNA FRANCISCO A	19940907	19941231	TIEMPO SERVICIO	116
BOTERO SERNA	19950101	19950228	TIEMPO SERVICIO	60
SABO LTDA	19950401	19950406	TIEMPO SERVICIO	6
SABO LTDA	19950501	19951031	TIEMPO SERVICIO	180
SABO LTDA	19951101	19951115	TIEMPO SERVICIO	15
IMPORCREDITO LTDA	19960101	19960430	TIEMPO SERVICIO	120
CONJUN CERRADO APTOS CASAS DUP	19961201	19961208	TIEMPO SERVICIO	8
CONJUN CERRADO APTOS CASAS DUP	19970101	19971231	TIEMPO SERVICIO	360
CONJUN CERRADO APTOS CASAS DUP	19980101	19980831	TIEMPO SERVICIO	240
MULTICOM S.A.	19980901	19981231	TIEMPO SERVICIO	120
MULTICOM S.A.	19990101	19990131	TIEMPO SERVICIO	30
GIGA COMUNICACIONES LTDA	19990201	19990214	TIEMPO SERVICIO	14
MULTICOM S.A.	19990201	19990208	TIEMPO SERVICIO	8
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	19991001	19991006	TIEMPO SERVICIO	6
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	19991101	19991130	TIEMPO SERVICIO	30
COMUNICACIONES DEL	19991201	19991231	TIEMPO SERVICIO	30

RISARALDA L				
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20000101	20000831	TIEMPO SERVICIO	240
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20001001	20001031	TIEMPO SERVICIO	30
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20001101	20001231	TIEMPO SERVICIO	60
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20010101	20010430	TIEMPO SERVICIO	120
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20010601	20010731	TIEMPO SERVICIO	60
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20010901	20011231	TIEMPO SERVICIO	120
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20020101	20020131	TIEMPO SERVICIO	30
COMUNICACIONES DEL RISARALDA L	20020201	20020225	TIEMPO SERVICIO	25
NACIONAL DE EMPLEOS LTDA	20020401	20020422	TIEMPO SERVICIO	22
NACIONAL DE EMPLEOS LTDA	20020501	20020831	TIEMPO SERVICIO	120
NACIONAL DE EMPLEOS LTDA	20020901	20020907	TIEMPO SERVICIO	7
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20021001	20021231	TIEMPO SERVICIO	90
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20030101	20030630	TIEMPO SERVICIO	180
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20030701	20030731	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20030801	20030831	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20030901	20030930	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20031001	20031130	TIEMPO SERVICIO	60
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20031201	20031231	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20040101	20040131	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20040201	20040229	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20040301	20040630	TIEMPO SERVICIO	120
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20040701	20040731	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20040801	20041231	TIEMPO SERVICIO	150
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20050101	20050131	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20050201	20050228	TIEMPO SERVICIO	30
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20050301	20050531	TIEMPO SERVICIO	90
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20050601	20050731	TIEMPO SERVICIO	60
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20050801	20051231	TIEMPO SERVICIO	150
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20060101	20060129	TIEMPO SERVICIO	29
COMINGAS LTDA COMPANIA INDUSTR	20060201	20060228	TIEMPO SERVICIO	30
SERVICOS COLOMBIANOS FUNERARIO	20070301	20071031	TIEMPO SERVICIO	240
SERVICOS COLOMBIANOS FUNERARIO	20071101	20071102	TIEMPO SERVICIO	2
ARISTIZABAL MURILLO	20090901	20091231	TIEMPO SERVICIO	120
ARISTIZABAL MURILLO	20100101	20101231	TIEMPO SERVICIO	360
ARISTIZABAL MURILLO	20110101	20111130	TIEMPO SERVICIO	330

ARISTIZABAL MURILLO	20111201	20111231	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20120101	20120131	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20120201	20120229	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20120301	20120430	TIEMPO SERVICIO	60
ARISTIZABAL MURILLO	20120501	20120930	TIEMPO SERVICIO	150
ARISTIZABAL MURILLO	20121001	20121031	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20121101	20121231	TIEMPO SERVICIO	60
ARISTIZABAL MURILLO	20130101	20130331	TIEMPO SERVICIO	90
ARISTIZABAL MURILLO	20130401	20130430	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20130501	20130831	TIEMPO SERVICIO	120
JORGE LUIS LOPEZ RIOS	20130901	20130928	TIEMPO SERVICIO	28
JORGE LUIS LOPEZ RIOS	20131001	20131031	TIEMPO SERVICIO	30
JORGE LUIS LOPEZ RIOS	20131101	20131130	TIEMPO SERVICIO	30
SERRANO CARRASQUIL	20131101	20131130	TIEMPO SERVICIO	30
JORGE LUIS LOPEZ RIOS	20131201	20131231	TIEMPO SERVICIO	30
SERRANO CARRASQUIL	20131201	20131231	TIEMPO SERVICIO	30
JORGE LUIS LOPEZ RIOS	20140101	20140101	TIEMPO SERVICIO	1
5 CONSORCIO OMEGA	20140201	20140226	TIEMPO SERVICIO	26
5 CONSORCIO OMEGA	20140301	20140331	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20140401	20140430	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20140501	20140531	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20140601	20140630	TIEMPO SERVICIO	30
VELASQUEZ CIFUENTES TITA INES	20140601	20140613	TIEMPO SERVICIO	13
5 CONSORCIO OMEGA	20140701	20140731	TIEMPO SERVICIO	30
VELASQUEZ CIFUENTES TITA INES	20140701	20140715	TIEMPO SERVICIO	15
5 CONSORCIO OMEGA	20140801	20140831	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20140901	20140930	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20141001	20141031	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20141101	20141130	TIEMPO SERVICIO	30
5 CONSORCIO OMEGA	20141201	20141231	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20150301	20150331	TIEMPO SERVICIO	30
SANDRA MARIA HENAO	20150301	20150331	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20150401	20150430	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20150501	20150531	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20150501	20150501	TIEMPO SERVICIO	1
HERRERA PUERTA	20150601	20150630	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20150601	20150630	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20150701	20150731	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20150701	20150731	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20150801	20150831	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20150801	20150831	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20150901	20150930	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20150901	20150930	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20151001	20151031	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20151001	20151031	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20151101	20151130	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20151101	20151130	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20151201	20151231	TIEMPO SERVICIO	30
MAZO ZAPATA GUILLERMO ANTONIO	20151201	20151231	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160101	20160131	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160201	20160229	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160301	20160316	TIEMPO SERVICIO	16
HERRERA PUERTA	20160301	20160331	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160401	20160430	TIEMPO SERVICIO	30

HERRERA PUERTA	20160401	20160430	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160501	20160531	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160501	20160531	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160601	20160630	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160601	20160630	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160701	20160731	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160701	20160731	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160801	20160831	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160801	20160831	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20160901	20160930	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20160901	20160930	TIEMPO SERVICIO	30
EDGAR TABARQUINO BARRENECHE	20161001	20161031	TIEMPO SERVICIO	30
HERRERA PUERTA	20161001	20161001	TIEMPO SERVICIO	1
ARISTIZABAL MURILLO	20161101	20161130	TIEMPO SERVICIO	30
JOSE ASDRUBAL LOAIZA	20161101	20161101	TIEMPO SERVICIO	1
ARISTIZABAL MURILLO	20161201	20161231	TIEMPO SERVICIO	30
JOSE ASDRUBAL LOAIZA	20161201	20161231	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20170101	20170131	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO MEJORAMIENTO MATECA?	20170101	20170114	TIEMPO SERVICIO	14
JOSE ASDRUBAL LOAIZA	20170101	20170115	TIEMPO SERVICIO	15
ARISTIZABAL MURILLO	20170201	20170228	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO MEJORAMIENTO MATECA?	20170201	20170228	TIEMPO SERVICIO	30
CORPORACION UNIVERSITARIA MINU	20170201	20170214	TIEMPO SERVICIO	14
ARISTIZABAL MURILLO	20170301	20170331	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO MEJORAMIENTO MATECA?	20170301	20170331	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20170401	20170430	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO MEJORAMIENTO MATECA?	20170401	20170430	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20170501	20170531	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO MEJORAMIENTO MATECA?	20170501	20170531	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20170601	20170630	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO MEJORAMIENTO MATECA?	20170601	20170630	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20170701	20170731	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20170701	20170717	TIEMPO SERVICIO	17
ARISTIZABAL MURILLO	20170801	20170831	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20170801	20170831	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20170901	20170930	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20170901	20170930	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20171001	20171031	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20171001	20171031	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20171101	20171130	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20171101	20171130	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20171201	20171231	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20171201	20171231	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180101	20180131	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180101	20180131	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180201	20180228	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180201	20180228	TIEMPO SERVICIO	30

ARISTIZABAL MURILLO	20180301	20180331	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180301	20180331	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180401	20180430	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180401	20180430	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180501	20180531	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180501	20180531	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180601	20180630	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180601	20180630	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180701	20180731	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180701	20180731	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20180801	20180831	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180801	20180817	TIEMPO SERVICIO	17
ARISTIZABAL MURILLO	20180901	20180930	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20180901	20180930	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20181001	20181031	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20181001	20181031	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20181101	20181130	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20181101	20181130	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20181201	20181231	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERVENTORIA VIA DE	20181201	20181231	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190101	20190131	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERCORDOBA	20190101	20190131	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190201	20190228	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERCORDOBA	20190201	20190228	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190301	20190331	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERCORDOBA	20190301	20190331	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190401	20190430	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERCORDOBA	20190401	20190430	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190501	20190531	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20190501	20190503	TIEMPO SERVICIO	3
CONSORCIO INTERCORDOBA	20190501	20190531	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190601	20190630	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20190601	20190630	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO INTERCORDOBA	20190601	20190612	TIEMPO SERVICIO	12
ARISTIZABAL MURILLO	20190701	20190731	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20190701	20190731	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20190801	20190831	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20190901	20190930	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO TAVAS	20190901	20190930	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20191001	20191004	TIEMPO SERVICIO	4
CONSORCIO TAVAS	20191001	20191031	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20191101	20191130	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO TAVAS	20191101	20191130	TIEMPO SERVICIO	30
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20191201	20191215	TIEMPO SERVICIO	15
CONSORCIO TAVAS	20191201	20191231	TIEMPO SERVICIO	30

CONSORCIO TAVAS	20200101	20200229	TIEMPO SERVICIO	60
CONSORCIO TAVAS	20200301	20200324	TIEMPO SERVICIO	24
CONSORCIO TAVAS	20200501	20200503	TIEMPO SERVICIO	3
2 CONSORCIO SANTA CATALINA	20200601	20200630	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO TAVAS	20200601	20200630	TIEMPO SERVICIO	30
2 CONSORCIO SANTA CATALINA	20200701	20200731	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO TAVAS	20200701	20200717	TIEMPO SERVICIO	17
INGECO INGENIERIA DE SERVICIOS	20200701	20200725	TIEMPO SERVICIO	25
CONSORCIO TAVAS	20200801	20200809	TIEMPO SERVICIO	9
INGECO INGENIERIA DE SERVICIOS	20200801	20200831	TIEMPO SERVICIO	30
INGECO INGENIERIA DE SERVICIOS	20200901	20200930	TIEMPO SERVICIO	30
2 QUICENO LOPEZ	20201001	20201010	TIEMPO SERVICIO	10
INGECO INGENIERIA DE SERVICIOS	20201001	20201031	TIEMPO SERVICIO	30
2 QUICENO LOPEZ	20201101	20201130	TIEMPO SERVICIO	30
INGECO INGENIERIA DE SERVICIOS	20201101	20201130	TIEMPO SERVICIO	30
2 QUICENO LOPEZ	20201201	20201231	TIEMPO SERVICIO	30
INGECO INGENIERIA DE SERVICIOS	20201201	20201231	TIEMPO SERVICIO	30
2 QUICENO LOPEZ	20210101	20210131	TIEMPO SERVICIO	30
2 QUICENO LOPEZ	20210201	20210228	TIEMPO SERVICIO	30
2 QUICENO LOPEZ	20210301	20210324	TIEMPO SERVICIO	24
GES COMPA IA LTDA	20210501	20210504	TIEMPO SERVICIO	4
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20220701	20220729	TIEMPO SERVICIO	29
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20220801	20220930	TIEMPO SERVICIO	60
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20221001	20221019	TIEMPO SERVICIO	19
BUITRAGO VASCO YOVANI ALBINO	20221101	20221113	TIEMPO SERVICIO	13
ARISTIZABAL MURILLO	20230201	20230216	TIEMPO SERVICIO	16
ARISTIZABAL MURILLO	20230301	20230331	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230301	20230318	TIEMPO SERVICIO	18
ARISTIZABAL MURILLO	20230401	20230430	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230401	20230430	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20230501	20230531	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230501	20230531	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20230601	20230630	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230601	20230630	TIEMPO SERVICIO	30
ARISTIZABAL MURILLO	20230701	20230731	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230701	20230731	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230801	20230831	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20230901	20230930	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO BOX DOSQUEBRADAS	20231001	20231003	TIEMPO SERVICIO	3
CONSORCIO INFRAESTRUCTURA CENT	20231001	20231029	TIEMPO SERVICIO	29
CONSORCIO INFRAESTRUCTURA CENT	20231101	20231231	TIEMPO SERVICIO	60
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240201	20240229	TIEMPO SERVICIO	30
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240301	20240331	TIEMPO SERVICIO	30
2 CONSTRUCCION Y	20240401	20240430	TIEMPO SERVICIO	30

CONSULTORIA D				
JCL INTERNACIONAL DE NEGOCIOS	20240401	20240426	TIEMPO SERVICIO	26
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240501	20240531	TIEMPO SERVICIO	30
JCL INTERNACIONAL DE NEGOCIOS	20240501	20240531	TIEMPO SERVICIO	30
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240601	20240630	TIEMPO SERVICIO	30
JCL INTERNACIONAL DE NEGOCIOS	20240601	20240630	TIEMPO SERVICIO	30
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240701	20240731	TIEMPO SERVICIO	30
JCL INTERNACIONAL DE NEGOCIOS	20240701	20240731	TIEMPO SERVICIO	30
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240801	20240831	TIEMPO SERVICIO	30
JCL INTERNACIONAL DE NEGOCIOS	20240801	20240823	TIEMPO SERVICIO	23
2 CONSTRUCCION Y CONSULTORIA D	20240901	20241031	TIEMPO SERVICIO	60
CARLOS ARTURO PINEDA MARTINEZ	20241101	20241119	TIEMPO SERVICIO	19
CONSORCIO CORINTO 24	20241101	20241126	TIEMPO SERVICIO	26
CARLOS ARTURO PINEDA MARTINEZ	20241201	20241231	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO CORINTO 24	20241201	20241231	TIEMPO SERVICIO	30
CARLOS ARTURO PINEDA MARTINEZ	20250101	20250131	TIEMPO SERVICIO	30
CONSORCIO CORINTO 24	20250101	20250131	TIEMPO SERVICIO	30

Que conforme lo anterior, el interesado acredita un total de 10,842 días laborados, correspondientes a 1,548 semanas.

Que nació el 4 de diciembre de 1966 y actualmente cuenta con 58 años de edad.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9 de la Ley 797 de 2003, los requisitos para obtener la pensión de vejez, son los siguientes: haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer o sesenta (60) años si es hombre. A partir del 1 de enero del año 2014 la edad se incrementará a cincuenta y siete (57) años de edad para la mujer, y sesenta y dos (62) años para el hombre.

A partir del 1 de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará, así:

AÑO	SEMANAS	EDAD HOMBRE	EDAD MUJER
2005	1050	60	55
2006	1075	60	55
2007	1100	60	55
2008	1125	60	55
2009	1150	60	55
2010	1175	60	55
2011	1200	60	55

2012	1225	60	55
2013	1250	60	55
2014	1275	62	57
2015	1300	62	57

Que para obtener el ingreso base de liquidación de la presente prestación, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 21 de la ley 100 de 1993; el cual establece: "*Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del Índice de Precios al consumidor, según certificación que expida el DANE.*

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1250 semanas como mínimo".

Que igualmente el monto de la presente prestación, se define de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 797 de 2003, por el cual se modifica el artículo 34 de la Ley 100 de 1993, en los siguientes términos: *"... A partir del 1o. de enero del año 2004 se aplicarán las siguientes reglas:*

El monto mensual de la pensión correspondiente al número de semanas mínimas de cotización requeridas, será del equivalente al 65%, del ingreso base de liquidación de los afiliados. Dicho porcentaje se calculará de acuerdo con la fórmula siguiente:

r = 65.50 - 0.50 s, donde:
r =porcentaje del ingreso de liquidación.
s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes.

A partir del 2004, el monto mensual de la pensión de vejez será un porcentaje que oscilará entre el 65 y el 55% del ingreso base de liquidación de los afiliados, en forma decreciente en función de su nivel de ingresos calculado con base en la fórmula señalada". El 1o. de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará en 50 semanas. Adicionalmente, el 1o. de enero de 2006 se incrementarán en 25 semanas cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015.

A partir del 2005, por cada cincuenta (50) semanas adicionales a las mínimas requeridas, el porcentaje se incrementará en un 1.5% del ingreso base de liquidación, llegando a un monto máximo de pensión entre el 80 y el 70.5% de dicho ingreso, en forma decreciente en función del nivel de ingresos de cotización, calculado con base en la fórmula establecida en el presente artículo. El valor total de la pensión no podrá ser superior al ochenta (80%) del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima."

Que para obtener el ingreso base de cotización de la presente prestación, se toman los factores salariales establecidos en los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993 y artículo 1º del Decreto 1158 del 3 de junio de 1994, según el caso.

Que de conformidad con la Circular OAL 02 de 2021, que modificó las reglas de pensión de vejez de la Circular 01 de 2012, suscrita por la Oficina Asesora de Asunto Legales de esta administradora, las reglas de efectividad de la pensión son las siguientes:

Vinculación al sistema	Efectividad
Dependiente y/o Independiente	Se encuentra retirado o ha dejado de cotizar antes de cumplir requisitos para acceder a la pensión de vejez, ésta se reconocerá a partir del cumplimiento del requisito de edad.
Dependiente	Previo al cumplimiento de la edad se reconocerá desde el día siguiente de la última cotización o de la novedad de retiro.
Independiente/ Régimen Subsidiado	Al día siguiente de la última semana efectivamente cotizada, previo cumplimiento de la edad.
Dependiente / Independiente novedad P	Al día siguiente de la novedad P, previo el cumplimiento de la edad.

Que a partir de lo anteriormente enunciado se procedió a realizar la liquidación de la prestación reconocida, la cual se resume de la siguiente manera:

IBL: 3,345,563 x 70.32 = $2,352,600

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE.

Para el análisis de la pensión reconocida, se tomó en cuenta que el (la) peticionario (a) cumple los requisitos para los siguientes tipos de pensión, siendo aplicada por favorabilidad el indicado en la columna “Aceptada Sistema”:

Nombre	Fecha Status	Fecha Efectividad	VALOR IBL 1	VALOR IBL 2	Mejor IBL	% IBL	Valor Pensión Mensual	Aceptada
1050 semanas progresivas, 55 o 60 a?os de edad Ley 797 del 2003- Legal	4 de diciembre de 2023	1 de febrero de 2025	3,345,563.00	1,999,414.00	1	70.32	2,352,600.00	SI

Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	10829	$2,352,600.00

El disfrute de la presente pensión será a partir de 1 de febrero de 2025

Son disposiciones aplicables: Ley 100/93 y CCA.

En mérito de lo expuesto,

Que es importante señalar que en caso de que usted desee obtener el detalle de la liquidación de la prestación económica reconocida a través de este acto administrativo, lo podrá solicitar a través de la Sede Electrónica de la Página WEB (www.colpensiones.gov.co) o en cualquiera de los Puntos de Atención de Colpensiones a nivel nacional. Este documento será recibido vía correo electrónico o a través de correspondencia Física según su preferencia.

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer el pago de una pensión de VEJEZ a favor del (la) señor(a) **ARISTIZABAL MURILLO CARMEN PATRICIA**, ya identificado(a), en los siguientes términos y cuantías:

Valor mesada a 1 de febrero de 2025 = $2,352,600

LIQUIDACION RETROACTIVO	
CONCEPTO	**VALOR**
Mesadas	7,057,800.00
Mesadas Adicionales	0.00
F. Solidaridad Mesadas	0.00
F. Solidaridad Mesadas Adic	0.00
Descuentos en Salud	705,900.00
Ajustes en Salud	0.00
Pagos ya efectuados	0.00
Valor a Pagar	6,351,900.00

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación junto con el retroactivo si hay lugar a ello, será ingresada en la nómina del periodo 202505 que se paga el último día hábil del mismo mes en la central de pagos del banco BANCOLOMBIA de PEREIRA CR 8 19 67 PLAZA DE BOLIVAR PEREIRA.

PARÁGRAFO: Conforme el convenio establecido por Colpensiones con la entidad bancaria, el cobro de esta prestación económica puede efectuarse en cualquier oficina del Banco asignado a nivel nacional. Lo anterior no aplica para Banco GNB Sudameris.

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la ley 100 de 1993 en EPS POR ASIGNAR.

ARTÍCULO CUARTO: Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA
COLPENSIONES	10829	$2,352,600.00

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) **ARISTIZABAL MURILLO CARMEN PATRICIA** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



DIANA CAROLINA MONTANA BERNAL
SUBDIRECTORA DETERMINACION V
COLPENSIONES

JENNY CAROLINA USECHE PINA

LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

COL-VEJ-03-501,1

ANEXO 02

Capacitaciones

Indicador Cumplimiento

CONTROL DE CAPACITACIÓN

NIT 901.926.980-6

CÓDIGO	FOR-SST-002
VERSIÓN	1
FECHA Vr	Abril 2025

FECHA: DD 25 MM Junio AAAA 20 25

LUGAR: Mejoramiento de los sectores K14+000 al K14+418, K13+700 al K13+950 y del K5+440 al K5+670 de la vía Ubaté – Lenguazaque en el departamento de Cundinamarca - Contrato de Obra Nº274 del 2025

CAPACITACIÓN X **FORMACIÓN** **OTROS**

TEMA: Manejo y buen yso de EPP. Autocuidado

NOMBRE DE QUIÉN REALIZA: JELEN J. MARULANDA

CARGO Y FIRMA: CONSORICIADA ADMINISTRATIVA

N°	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Liney Milena Buitrago Rusinque	Auxiliar de tráfico	
2	Angel Antonio Carrizo Paz	Ayudante	
3	Jhon Heidy Molina Ramos	Ayudante	
4	Wilmer Enrique Stel Crudiz	Ayudante 1	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			

CONSORCIO JOTA & C	PLAN DE TRABAJO - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	CÓDIGO DOC-SST-004 VERSIÓN 1 FECHA Vr Abril 2025

OBRA: Mejoramiento de los sectores K14+000 al K14+418, K13+700 al K13+950 y del K5+440 al K5+670 de la vía Ubaté – Lenguazaque en el departamento de Cundinamarca

Contrato de Obra Nº274 del 2025

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2					MES 3				MES 4					MES 5				MES 6				POBLACION OBJETO	OBJETIVO	COBERTURA	CUMPLIMIENTO
Cumplimiento de requisitos legales																														
Identificación de los peligros y control de los riesgos		1			1					1				1					1				1				Personal que tenga observaciones específicas	Sensibilizar al personal sobre prevención de problemas de salud		
Reunión VIGÍA - COPASST				1					1				1				1	1				1				1	Personal que tenga observaciones específicas	Sensibilizar al personal sobre prevención de problemas de salud		
Actividades de Higiene y seguridad industrial																														
Entrega y reposición de EPP		1			1					1				1					1				1							
Notificación e investigación de incidentes y accidentes			1				1					1				1					1				1					
Inspección de elementos de protección personal		1				1					1				1					1				1						
Inspección de herramientas, equipos y maquinaria.		1			1					1				1					1				1						
Inspección elementos del botiquín, extintor			1			1			1			1				1					1				1					
Actividades de Medicina preventiva y del trabajo																														
Exámenes médicos de ingreso y retiro		1			1					1				1					1				1				Todo el personal	Identificar estado de salud		
Análisis de certificados médicos ocupacionales			1				1					1				1					1				1		Personal que tenga observaciones específicas	Sensibilizar al personal sobre prevención de problemas de salud		
Preparación y respuesta ante emergencia																														
Dotación botiquín		1			1					1				1					1				1							
Capacitación primeros auxilios							1									1									1			Socialización Plan de Emergencias		
Socialización puntos de encuentro, preparación simulacro																1									1			Socialización Plan de Emergencias		
Simulacro de evacuación																1									1			Socialización Plan de Emergencias		
Programa de capacitación y entrenamiento																														
Capacitación higiene postural (buenas prácticas al ejecutar las actividades)	1																										Operativa	Prevenir dolores muscular por manipulación de cargas	67%	100%
Capacitación manejo y buen uso de los EPP	1																										Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación autocuidado				1																							Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación trabajo en excavaciones		1																									Operativa	Concientizar a los trabajadores sobre el cuidado personal	67%	100%
Capacitación trabajo en vía pública			1																								Operativa	Ejecutar las actividades con los mejores estándares de seguridad		
Normas de seguridad . Tipos de señalética		1																									Operativa	Ejecutar las actividades con los mejores estándares de seguridad	67%	100%
Capacitación riesgo fenómenos naturales					1																						Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación manejo de concretadora						1																					Operativa	Ejecutar las actividades con los mejores estándares de seguridad		
Socialización protocolo trabajo seguro con maquinaria y volquetas					1																						Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación orden y aseo							1																				Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Para que nos sirve el COPASST y COCOLA. Importancia de la convivencia laboral						1																					Operativa	Ejecutar las actividades con los mejores estándares de seguridad		
Capacitación manejo de productos químicas											1																Operativa	Ejecutar las actividades con los mejores estándares de seguridad		
Capacitación trabajo en equipo													1														Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Importancia de cumplir los roles de cada trabajador y protocolo de seguridad												1															Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación cuidado de las manos										1																	Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación respeto y tolerancia														1													Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación cuidado de la piel																1											Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		

CONSORCIO JOTA & C

PLAN DE TRABAJO - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CÓDIGO DOC-SST-004
VERSIÓN 1
FECHA Vr Abril 2025

OBRA: Mejoramiento de los sectores K14+000 al K14+418, K13+700 al K13+950 y del K5+440 al K5+670 de la vía Ubaté – Lenguazaque en el departamento de Cundinamarca

Contrato de Obra Nº274 del 2025

ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	POBLACION OBJETO	OBJETIVO	COBERTURA	CUMPLIMIENTO
Capacitación consumo de sustancias psicoactivas				1			Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Como proceder en caso de una emergencia				1			Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación en manejo de estrés					1		Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación en el procedimiento de la realización de la tarea					1		Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación protección auditiva					1		Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación protección respiratoria						1	Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Capacitación realización pausas activas						1	Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		
Normas de convivencia y respeto con los compañeros						1	Operativa	Sensibilizar al personal sobre prevención de lesiones		

CONVENSIONES
Programadas
Nuevas implementadas
Programadas pendientes
Mes medición

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Programadas	16	17	14	18	13	16
Cumplidas	11					
% Cumplimiento mensual	69%	0%	0%	0%	0%	0%

	Total Programadas	%Total Programadas
	94	100%
Total Cumplidas	11	12%

% Cumplimiento cobertura Inducciones 100%
% Cumplimiento cobertura Capacitación 100%

JORGE ELIÉCER TOLOZA LOSADA
Representante Legal
Consorcio Jota & C

Carmen Patricia Arias Jaramillo
Seguridad y Salud en el Trabajo
Consorcio Jota & C

ANEXO 03

Inducciones

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código	FOR-SST-010
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

NOMBRE: Liney Milena
APELLIDOS: Buitrago Rusinque
CÉDULA: 57291702
FECHA NACIMIENTO: DD 19 M M Oct. AAAA 1981
EDAD: 43
PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA: Gloria Rusinque ☎ 3175850244
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y BARRIO:
CIUDAD: Ubaté ☎ 3046542041.

CARGO Y TIEMPO DE EXPERIENCIA

Arqui./Ing.Res		Inspector		Oficial	
Maestro		Técnico		Ayudante	
Aux.Adtivo		Otro-Cual:	Aux. trofico.		

EPS: Nueva EPS AFP: Protección.

VIVIENDA

Propia		Alquilada	X

TALLEJE

Camisa	L	Pantalón	18
Zapato	39		

ESCOLARIDAD

Ninguna		Primaria		Secundaria	
Técnico	X	Tecnólogo		Universidad	

ESTADO CIVIL

Soltero	X.	Separado	
Casado		Viudo	

HIJOS

0		2	X	4	
1		3		+ de 4	

PERSONAS A CARGO

Si	X	#	4
NO			

GRUPO ÉTNICO

Negro		Indígena	
Mestizo		Otro	

FUMA

NO	X	6 a 10 al día			
1 a 5 al día		+ de 11 al día			

EJERCICO

NO		6 a 10 días mes	
1 a 5 días mes	X.	+ de 11 días mes	

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

INDUCCIÓN

Código	FOR-SST-011
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

- ✓ Generalidades de la empresa
- ✓ Toda persona que entre a laborar en la empresa debe estar afiliada a una Empresa Promotora de Salud E.P.S, a una Administradora de Riesgos Laborales A.R.L, y a un Fondo de Pensiones A.F.P.
- ✓ Política de Seguridad y salud en el trabajo y Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- ✓ Es obligatorio el uso de los elementos de protección personal suministrados por la empresa, (BOTAS, CASCO, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, GUANTES, ETC); El uso de estos depende de la labor que se vaya a realizar.
- ✓ No está permitido el uso de gorras dentro del lugar de trabajo, a menos que exista una autorización escrita por un médico.
- ✓ Prohibido fumar, ingerir bebidas embriagantes, consumo de sustancias alucinógenas.
- ✓ Prohibido uso cadenas, aretes, manillas u otros elementos no propios del trabajo.
- ✓ Prohibido uso de celular en la obra.

Todo el personal debe cumplir con las normas de orden y limpieza.

Todo incidente o accidente de trabajo debe ser reportado de inmediato a la Coordinación de Seguridad y Salud en el trabajo y al jefe inmediato.

Todo permiso, para ausentarse de la obra debe ser informado y autorizado por el Maestro y/o el Ingeniero Residente.

Prestar atención, respetar y cuidar la señalización de prevención, al igual que las cintas de seguridad.

Realizar las funciones únicamente para las cuales está capacitado, entrenado y contratado.

Toda persona que realice trabajo por más de 2 metros de altura, debe estar certificado, debe tener su respectivo permiso por la Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo y el Coordinador de trabajo en alturas, debe usar el arnés de seguridad, con su eslinga respectiva, ganchos de seguridad y una línea de vida de acuerdo con las normas establecidas.

Debe tener certificado, vigente, de trabajo avanzado en altura.

Inspeccionar el equipo de protección contra caídas y los elementos de protección personal, antes, durante y después de cada tarea.

Reglamento de Trabajo, normas y reglas internas; derechos y deberes de la empresa y de los trabajadores; horarios laboral: Lunes a Viernes 7:30am - 12m y 1pm - 5pm; Sábado 7:30am - 11am.

Reglamento de Higiene.

Riesgos existentes en la obra:

Biológico:	Físicos:	Químicos:	Cond. Psicosocial:	Biomecánicos:
Virus	Ruido	Material	Cond. Del la tarea	Posturas
Bacterias	Vibraciones	particulado	Interface Persona-	Movimientos repetitivos
Picaduras	Temp. Extremas		tarea	miembros superiores
Mordedura	Radia. no ioniza.			Manipulación manual de cargas

Condiciones de Seguridad:		Fenómenos Naturales:
Mecánico	Accidentes de	Lluvias
Eléctricos	tránsito	Tormentas
Locativo	Públicos	Vendaval
Explosiones	Alturas - Excavación	Sismos
Incendio	Espacios confinados	Inundaciones

- Revisar el buen estado de los equipos antes de iniciar sus funciones diarias
- Aislar, demarcar y señalizar todos los frentes de obra, antes y después de realizar las labores respectivas
- Conocer y aplicar las normas de seguridad y señales preventivas en la oficina
- Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia esto evitará accidentes e incidentes
- Evitar fumadores dentro de los frentes de obra esto previene incendios y malestar general al personal
- Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.
- No hacer conexiones o derivaciones eléctricas que generen sobrecargas y a su vez incidentes o accidentes de trabajo
- Durante la permanencia en obra, deberá portar los elementos de protección Individual asignados al presente cargo
- En caso de realizar labores en cercanías a los equipos y/o maquinarias verificar la ubicación y radio de operación de los mismos para tomar las medidas de seguridad industrial necesarias
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.

Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía

Procedimientos a ejecutar en la obra:

_____

_____

_____

_____

_____

CONSORCIO JOTA & C — NIT 901.926.980-6	Código	FOR-SST-011
	Versión	1
	Fecha Vr	Abril 2025

ORGANIGRAMA

- Consorciados
- Director de Obra
- Ingeniero Residente
- Inspector de obra
- Residente SST
- Residente Social
- Residente Ambiental
- Operadores de máquinas
- Oficiales
- Ayudantes

OBSERVACONES EXÁMEN OCUPACIONAL DE INGRESO: -> Pendiente.

El compromiso de la empresa CONSORCIO JOTA & C es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro de nuestro equipo de trabajo consecuentemente le recordamos que su responsabilidad como trabajadores de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL ☐ POST INCAPACIDAD ☐ TRABAJO ALTURAS ☐
REUBICACIÓN ☐ OTRO ☐

Realizado el día _____ mes _____ año _____, se generaron los siguientes conceptos y recomendaciones:

Examen pre empleo: Satisfactorio sin restricción ☐ Con restricción ☐
Patologías: Sin patología detectada ☐ Con patología ☐
Alturas: Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐
Remitido a EPS: Si ☐ No ☐

Agradecemos, notifique al área SST, si se presenta algún cambio a su condición de salud.
Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA En caso de ser SI, por favor registre cuales

NO refiere

Dosis vacuanación de COVID: NO.

Medicamentos: NO refiere

Alergias: NO refiere

Yo Liney M. Baitrago., identificado con cédula 5729 1702.,

de _____, conozco y acepto la NOTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Dejo constancia que recibí toda la información (inducción) a satisfacción en lo referente a Seguridad y Salud en el Trabajo. Me comprometo a cumplir todas las normas que la empresa implemente referente a Seguridad y Salud en el Trabajo, como condición de contratación y como requisito para trabajar con la empresa, en constancia firma a los 19 días del mes Junio del año 2025.

Liney Baitrago
Firma del trabajador
CC. 5729 1702.

Firma del Inductor
Licencia: [illegible] 0088-20

CONSORCIO-POTS & C

NIT 901.926.980-6

EVALUACION DE INDUCCIÓN SG-SST

Código: FOR-SST-004
Versión: 01
Fecha Vr: Abril 2025

Nombre: Linay Bustiago CC: 22291702

Cargo: Aux de tráfico

Fecha ingreso a la empresa: Día 19, Mes Junio, Año 2025

Fecha de evaluación: Día 19, Mes Junio, Año 2025.

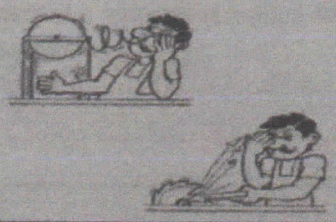
C = 9/10.

1. ¿Cómo está conformado el Sistema General de Riesgos Laborales?
   a. Caja de compensaciones
   b. EPS, ARL, AFP
   c. ARL, EPS ✓
   d. AFP, EPS, IPS

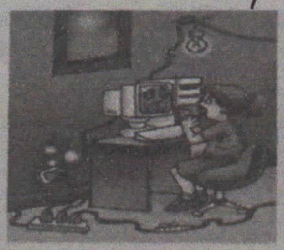
2. Cuáles son las clases de señalización.
   a. predictivas-prohibitivas-informativas
   b. informativas-preventivas- reglamentarias ✓
   c. obligatorias-preventivas-transitorias
   d. informativas -voluntarias- preventivas

3. Identifique y Marque con una X los Peligros a los que usted está expuesto durante el ejercicio de sus labores.

Mecánico ✓



Eléctrico ✓



Locativo ✓



Biomecánico ✓



Accidentes de Transito ✓



Públicos ✓



4. ¿Qué es un accidente de Trabajo?
   a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Cuando el trabajador se desplaza por cualquier lugar sin órdenes del empleador.
   c. Es aquel causado por los trabajos de mi casa.
   d. Participar en actividades recreativas, deportivas o culturales cuando sale del trabajo.

5. ¿Cómo prevenir un Accidente de Trabajo?
   a) Realizar las actividades de acuerdo a los métodos y procedimientos establecidos
   b) usar la maquinaria, el equipo y las herramientas manuales, eléctricas, neumáticas o portátiles, con los dispositivos de seguridad instalados.
   c) Mantener orden y limpieza en todas las instalaciones, áreas, equipo, maquinaria y herramienta, entre otras
   d) Utilizar el equipo de protección personal que proporciona la empresa
   e) Todas las anteriores

6. ¿Qué debes hacer cuando se presenta un accidente de trabajo?
   a) Irme para la casa
   b) Reportarlo al área de Seguridad y Salud en el Trabajo
   c) Quedarme callado.
   d) En la casa hacerme una curación y contarle al encargado Seguridad y salud en el trabajo la semana siguiente.

7. Explique con sus propias palabras la importancia de usar los elementos de protección personal y mencione cuales debe usar para el cumplimiento de sus actividades laborales.

   para cuidar mi salud, casco, guantes, gafas tapaboca.

8. ¿Cuál es la diferencia entre el COPASST y el Comité de Convivencia Laboral?

1	El COPASST vela por la Seguridad y salud en el trabajo, analiza los riesgos existentes en la obra y como ejecutar las actividades de la forma más segura	El Comité de convivencia laboral, vela por evitar el acoso laboral dentro de la empresa.
2	El COPASST es un comité encargado hacer fiestas	El Comité de convivencia laboral, es el encargado de realizar actividades de recreación.

9. ¿Para qué nos sirven las Pausas Activas?
   a. Disminuye el estrés.
   b. Favorece el cambio de posturas y rutina.
   c. Libera estrés articular y muscular.
   d. Estimula y favorece la circulación.
   e. Todas las anteriores ✓

10. Menciones 3 (tres) responsabilidades que usted tiene como trabajador frente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
   ✓a) Procurar el cuidado integral de su salud.
   b) Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
   ✓c) Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato o al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo.
   ✓d) Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
   e) Todas las anteriores.

Luis Bustos

Firma del trabajador
Cédula de ciudadanía N° 57291702

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código	FOR-SST-010
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

NOMBRE Wilmer Enrique

APELLIDOS Stel Crudiz

CÉDULA 1076672484

FECHA NACIMIENTO DD M M AAAA

EDAD

PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y BARRIO

CIUDAD Ubaté. ☎

CARGO Y TIEMPO DE EXPERIENCIA

Arqui./Ing.Res		Inspector		Oficial	3 años
Maestro		Técnico		Ayudante	
Aux.Adtivo		Otro-Cual:			

EPS AFP

ESCOLARIDAD

Ninguna		Primaria		Secundaria	6
Técnico		Tecnólogo		Universidad	

HIJOS

0		2		4	
1	1	3		+ de 4	

PERSONAS A CARGO

Si	✓	#	3
NO			

FUMA

NO	✓	6 a 10 al día	
1 a 5 al día		+ de 11 al día	

EJERCICO

NO	✓	6 a 10 días mes	
1 a 5 días mes		+ de 11 días mes	

VIVIENDA

Propia		Alquilada	✓

TALLEJE

Camisa		Pantalón	
Zapato			

ESTADO CIVIL

Soltero		Separado	
Casado	✓	Viudo	

GRUPO ÉTNICO

Negro		Indígena	
Mestizo		Otro	

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

INDUCCIÓN

Código	FOR-SST-011
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

- ✓ Generalidades de la empresa
- ✓ Toda persona que entre a laborar en la empresa debe estar afiliada a una Empresa Promotora de Salud E.P.S, a una Administradora de Riesgos Laborales A.R.L, y a un Fondo de Pensiones A.F.P.
- ✓ Política de Seguridad y salud en el trabajo y Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- ✓ Es obligatorio el uso de los elementos de protección personal suministrados por la empresa, (BOTAS, CASCO, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, GUANTES, ETC); El uso de estos depende de la labor que se vaya a realizar.
- ✓ No está permitido el uso de gorras dentro del lugar de trabajo, a menos que exista una autorización escrita por un médico.
- ✓ Prohibido fumar, ingerir bebidas embriagantes, consumo de sustancias alucinógenas.
- ✓ Prohibido uso cadenas, aretes, manillas u otros elementos no propios del trabajo.
- ✓ Prohibido uso de celular en la obra.

Todo el personal debe cumplir con las normas de orden y limpieza.

Todo incidente o accidente de trabajo debe ser reportado de inmediato a la Coordinación de Seguridad y Salud en el trabajo y al jefe inmediato.

Todo permiso, para ausentarse de la obra debe ser informado y autorizado por el Maestro y/o el Ingeniero Residente.

Prestar atención, respetar y cuidar la señalización de prevención, al igual que las cintas de seguridad.

Realizar las funciones únicamente para las cuales está capacitado, entrenado y contratado.

Toda persona que realice trabajo por más de 2 metros de altura, debe estar certificado, debe tener su respectivo permiso por la Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo y el Coordinador de trabajo en alturas, debe usar el arnés de seguridad, con su eslinga respectiva, ganchos de seguridad y una línea de vida de acuerdo con las normas establecidas.

Debe tener certificado, vigente, de trabajo avanzado en altura.

Inspeccionar el equipo de protección contra caídas y los elementos de protección personal, antes, durante y después de cada tarea.

Reglamento de Trabajo, normas y reglas internas; derechos y deberes de la empresa y de los trabajadores; horarios laboral: Lunes a Viernes 7:30am - 12m y 1pm - 5pm; Sábado 7:30am - 11am.

Reglamento de Higiene.

Riesgos existentes en la obra:

Biológico:	Físicos:	Químicos:	Cond. Psicosocial:	Biomecánicos:
Virus	Ruido	Material particulado	Cond. Del la tarea	Posturas
Bacterias	Vibraciones		Interface Persona-tarea	Movimientos repetitivos miembros superiores
Picaduras	Temp. Extremas			
Mordedura	Radia. no ioniza.			Manipulación manual de cargas

Condiciones de Seguridad:		Fenómenos Naturales:
Mecánico	Accidentes de tránsito	Lluvias
Eléctricos		Tormentas
Locativo	Públicos	Vendaval
Explosiones	Alturas - Excavación	Sismos
Incendio	Espacios confinados	Inundaciones

- Revisar el buen estado de los equipos antes de iniciar sus funciones diarias
- Aislar, demarcar y señalizar todos los frentes de obra, antes y después de realizar las labores respectivas
- Conocer y aplicar las normas de seguridad y señales preventivas en la oficina
- Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia esto evitará accidentes e incidentes
- Evitar fumadores dentro de los frentes de obra esto previene incendios y malestar general al personal
- Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.
- No hacer conexiones o derivaciones eléctricas que generen sobrecargas y a su vez incidentes o accidentes de trabajo
- Durante la permanencia en obra, deberá portar los elementos de protección Individual asignados al presente cargo
- En caso de realizar labores en cercanías a los equipos y/o maquinarias verificar la ubicación y radio de operación de los mismos para tomar las medidas de seguridad industrial necesarias
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.

Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía

Procedimientos a ejecutar en la obra:

CONSORCIO JOTA & C — *NIT 901.926.980-6*	Código	FOR-SST-011
	Versión	1
	Fecha Vr	Abril 2025

ORGANIGRAMA

- Consorciados
- Director de Obra
- Ingeniero Residente
- Inspector de obra
- Residente SST
- Residente Social
- Residente Ambiental
- Operadores de máquinas
- Oficiales
- Ayudantes

OBSERVACONES EXÁMEN OCUPACIONAL DE INGRESO: ⟶ Pendiente

El compromiso de la empresa CONSORCIO JOTA & C es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro de nuestro equipo de trabajo consecuentemente le recordamos que su responsabilidad como trabajadores de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL ☐ POST INCAPACIDAD ☐ TRABAJO ALTURAS ☐
REUBICACIÓN ☐ OTRO ☐

Realizado el día _____ mes _____ año _____, se generaron los siguientes conceptos y recomendaciones:

Examen pre empleo: Satisfactorio sin restricción ☐ Con restricción ☐
Patologías: Sin patología detectada ☐ Con patología ☐
Alturas: Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐
Remitido a EPS: Si ☐ No ☐

Agradecemos, notifique al área SST, si se presenta algún cambio a su condición de salud.
Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA En caso de ser SI, por favor registre cuales
No confirmada.

Dosis vacuanación de COVID: Una.

Medicamentos: No refiere tomar.

Alergias: No comento.

Yo Wilmer E. Sfel Ortiz, identificado con cédula 1076672484.

de _____, conozco y acepto la NOTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Dejo constancia que recibí toda la información (inducción) a satisfacción en lo referente a Seguridad y Salud en el Trabajo. Me comprometo a cumplir todas las normas que la empresa implemente referente a Seguridad y Salud en el Trabajo, como condición de contratación y como requisito para trabajar con la empresa, en constancia firma a los 18 días del mes Junio del año 2025.

Wilmer Sfd
Firma del trabajador
CC. 1076672484

Firma del Inductor
Licencia: LPSST-0088:20

CONSORCIO 3OTA B C

NIT 901.926.980-6

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código	FOR-SST-010
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

NOMBRE Angel Antonio
APELLIDOS Carrizo Paz
CÉDULA PT6102408
FECHA NACIMIENTO DD M M AAAA
EDAD 35 30 Jul 89
PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA Ana Rivero → esposa
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y BARRIO
CIUDAD Ubaté ☎ 3138547224. ☎ 3219659644.

CARGO Y TIEMPO DE EXPERIENCIA

Arqui./Ing.Res		Inspector		Oficial	
Maestro		Técnico		Ayudante	Raso
Aux.Adtivo		Otro Cual:			

EPS Nueva EPS AFP Porvenir.

VIVIENDA

Propia [ ] Alquilada [X]

TALLEJE

Camisa S. Pantalón 32
Zapato 40.

ESCOLARIDAD

Ninguna		Primaria		Secundaria	X		
Técnico		Tecnólogo		Universidad			

ESTADO CIVIL

Soltero		Separado	
Casado	X	Viudo	

HIJOS

0		2		X 4			
1		3		+ de 4			

PERSONAS A CARGO

Si [✓] # 5
NO [ ]

GRUPO ÉTNICO

Negro		Indígena	
Mestizo		Otro	

FUMA

NO	✓	6 a 10 al día					
1 a 5 al día		+ de 11 al día					

EJERCICO

NO		6 a 10 días mes	
1 a 5 días mes	✓	+ de 11 días mes	

CONSORCIO 3OTA B C

NIT 901.926.980-6

INDUCCIÓN

Código	FOR-SST-011
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

- [✓] Generalidades de la empresa
- [✓] Toda persona que entre a laborar en la empresa debe estar afiliada a una Empresa Promotora de Salud E.P.S, a una Administradora de Riesgos Laborales A.R.L, y a un Fondo de Pensiones A.F.P.
- [✓] Política de Seguridad y salud en el trabajo y Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- [✓] Es obligatorio el uso de los elementos de protección personal suministrados por la empresa, (BOTAS, CASCO, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, GUANTES, ETC); El uso de estos depende de la labor que se vaya a realizar.
- [✓] No está permitido el uso de gorras dentro del lugar de trabajo, a menos que exista una autorización escrita por un médico.
- [✓] Prohibido fumar, ingerir bebidas embriagantes, consumo de sustancias alucinógenas.
- [✓] Prohibido uso cadenas, aretes, manillas u otros elementos no propios del trabajo.
- [✓] Prohibido uso de celular en la obra.

Todo el personal debe cumplir con las normas de orden y limpieza.

Todo incidente o accidente de trabajo debe ser reportado de inmediato a la Coordinación de Seguridad y Salud en el trabajo y al jefe inmediato.

Todo permiso, para ausentarse de la obra debe ser informado y autorizado por el Maestro y/o el Ingeniero Residente.

Prestar atención, respetar y cuidar la señalización de prevención, al igual que las cintas de seguridad.

Realizar las funciones únicamente para las cuales está capacitado, entrenado y contratado.

Toda persona que realice trabajo por más de 2 metros de altura, debe estar certificado, debe tener su respectivo permiso por la Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo y el Coordinador de trabajo en alturas, debe usar el arnés de seguridad, con su eslinga respectiva, ganchos de seguridad y una línea de vida de acuerdo con las normas establecidas.

Debe tener certificado, vigente, de trabajo avanzado en altura.

Inspeccionar el equipo de protección contra caídas y los elementos de protección personal, antes, durante y después de cada tarea.

Reglamento de Trabajo, normas y reglas internas; derechos y deberes de la empresa y de los trabajadores; horarios laboral: Lunes a Viernes 7:30am - 12m y 1pm - 5pm; Sábado 7:30am - 11am.

Reglamento de Higiene.

Riesgos existentes en la obra:

Biológico:	Físicos:	Químicos:	Cond. Psicosocial:	Biomecánicos:
Virus	Ruido	Material	Cond. Del la tarea	Posturas
Bacterias	Vibraciones	particulado	Interface Persona-	Movimientos repetitivos
Picaduras	Temp. Extremas		tarea	miembros superiores
Mordedura	Radia. no ioniza.			Manipulación manual de cargas

Condiciones de Seguridad:		Fenómenos Naturales:
Mecánico	Accidentes de	Lluvias
Eléctricos	tránsito	Tormentas
Locativo	Públicos	Vendaval
Explosiones	Alturas - Excavación	Sismos
Incendio	Espacios confinados	Inundaciones

- Revisar el buen estado de los equipos antes de iniciar sus funciones diarias
- Aislar, demarcar y señalizar todos los frentes de obra, antes y después de realizar las labores respectivas
- Conocer y aplicar las normas de seguridad y señales preventivas en la oficina
- Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia esto evitará accidentes e incidentes
- Evitar fumadores dentro de los frentes de obra esto previene incendios y malestar general al personal
- Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.
- No hacer conexiones o derivaciones eléctricas que generen sobrecargas y a su vez incidentes o accidentes de trabajo
- Durante la permanencia en obra, deberá portar los elementos de protección Individual asignados al presente cargo
- En caso de realizar labores en cercanías a los equipos y/o maquinarias verificar la ubicación y radio de operación de los mismos para tomar las medidas de seguridad industrial necesarias
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.

Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía

Procedimientos a ejecutar en la obra:

_____

_____

_____

_____

CONSORCIO JOTA & C	***NIT 901.926.980-6***	Código	FOR-SST-011
		Versión	1
		Fecha Vr	Abril 2025

ORGANIGRAMA

- Consorciados
- Director de Obra
  - Ingeniero Residente
    - Inspector de obra
    - Operadores de máquinas
    - Oficiales
    - Ayudantes
  - Residente SST
  - Residente Social
  - Residente Ambiental

OBSERVACONES EXÁMEN OCUPACIONAL DE INGRESO: → Pendiente.

El compromiso de la empresa CONSORCIO JOTA & C es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro de nuestro equipo de trabajo consecuentemente le recordamos que su responsabilidad como trabajadores de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL ☐ POST INCAPACIDAD ☐ TRABAJO ALTURAS ☐
REUBICACIÓN ☐ OTRO ☐

Realizado el día _____ mes _____ año _____, se generaron los siguientes conceptos y recomendaciones:

Examen pre empleo: Satisfactorio sin restricción ☐ Con restricción ☐
Patologías: Sin patología detectada ☐ Con patología ☐
Alturas: Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐
Remitido a EPS: Si ☐ No ☐

Agradecemos, notifique al área SST, si se presenta algún cambio a su condición de salud.
Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA En caso de ser SI, por favor registre cuales

No refiere

Dosis vacuanación de COVID: 2 dosis.

Medicamentos: No refiere.

Alergias: No comento

Yo Angel Antonio Carrizo, identificado con cédula 6102408 P.T.

de _____, conozco y acepto la NOTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Dejo constancia que recibí toda la información (inducción) a satisfacción en lo referente a Seguridad y Salud en el Trabajo. Me comprometo a cumplir todas las normas que la empresa implemente referente a Seguridad y Salud en el Trabajo, como condición de contratación y como requisito para trabajar con la empresa, en constancia firma a los 19 días del mes Junio del año 2025.

Angel Carrizo
Firma del trabajador
CC. 6102408 PT.

Firma del Inductor
Licencia: 1 PSST 0088-20

NIT 901.926.980-6

EVALUACION DE INDUCCIÓN SG-SST

Código: FOR-SST-004
Versión: 01
Fecha Vr: Abril 2025

Nombre: Angel Antonio Carrizo Paz CC: 6102408

Cargo: Ayudante.

Fecha ingreso a la empresa: Día 19, Mes Junio, Año 2025

Fecha de evaluación: Día 19, Mes Junio, Año 2025.

1. ¿Cómo está conformado el Sistema General de Riesgos Laborales?
   a. Caja de compensaciones
   b. EPS, ARL, AFP
   c. ARL, EPS
   d. AFP, EPS, IPS

2. Cuáles son las clases de señalización.
   a. predictivas-prohibitivas-informativas
   b. informativas-preventivas- reglamentarias X
   c. obligatorias-preventivas-transitorias
   d. informativas -voluntarias- preventivas

3. Identifique y Marque con una X los Peligros a los que usted está expuesto durante el ejercicio de sus labores.

Mecánico



Eléctrico



Locativo X



Biomecánico X



Accidentes de Transito X



Públicos X



C= 7/10.

4. ¿Qué es un accidente de Trabajo?
   a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Cuando el trabajador se desplaza por cualquier lugar sin órdenes del empleador.
   c. Es aquel causado por los trabajos de mi casa.
   d. Participar en actividades recreativas, deportivas o culturales cuando sale del trabajo.

5. ¿Cómo prevenir un Accidente de Trabajo?
   a) Realizar las actividades de acuerdo a los métodos y procedimientos establecidos
   b) usar la maquinaria, el equipo y las herramientas manuales, eléctricas, neumáticas o portátiles, con los dispositivos de seguridad instalados.
   c) Mantener orden y limpieza en todas las instalaciones, áreas, equipo, maquinaria y herramienta, entre otras
   d) Utilizar el equipo de protección personal que proporciona la empresa
   e) Todas las anteriores

6. ¿Qué debes hacer cuando se presenta un accidente de trabajo?
   a) Irme para la casa
   b) Reportarlo al área de Seguridad y Salud en el Trabajo
   c) Quedarme callado.
   d) En la casa hacerme una curación y contarle al encargado Seguridad y salud en el trabajo la semana siguiente.

7. Explique con sus propias palabras la importancia de usar los elementos de protección personal y mencione cuales debe usar para el cumplimiento de sus actividades laborales.

   los EPP Para cuidar mi integridad "Casco Aguante Tapabocas, gafas,

8. ¿Cuál es la diferencia entre el COPASST y el Comité de Convivencia Laboral?

1	El COPASST vela por la Seguridad y salud en el trabajo, analiza los riesgos existentes en la obra y como ejecutar las actividades de la forma más segura	El Comité de convivencia laboral, vela por evitar el acoso laboral dentro de la empresa.
2	El COPASST es un comité encargado hacer fiestas	El Comité de convivencia laboral, es el encargado de realizar actividades de recreación.

9. ¿Para qué nos sirven las Pausas Activas?
   a. Disminuye el estrés.
   b. Favorece el cambio de posturas y rutina.
   c. Libera estrés articular y muscular.
   d. Estimula y favorece la circulación.
   X e. Todas las anteriores

10. Menciones 3 (tres) responsabilidades que usted tiene como trabajador frente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
   X a) Procurar el cuidado integral de su salud.
   b) Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
   X c) Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato o al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo.
   X d) Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
   e) Todas las anteriores.

Angel Carrizo
Firma del trabajador
Cédula de ciudadanía N° 6102408

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código	FOR-SST-010
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

NOMBRE Jhon Heidy
APELLIDOS Molina Ramos
CÉDULA PT5221748
FECHA NACIMIENTO DD M.M. AAAA 27 Jul. 1988.
EDAD
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y BARRIO
CIUDAD Sbaté. ☎ 3103126904.

PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA
Johan Molina (hermano) ☎ 3122426358.

CARGO Y TIEMPO DE EXPERIENCIA

Arqui./Ing.Res		Inspector		Oficial	
Maestro		Técnico		Ayudante	2 años
Aux.Adtivo		Otro-Cual:			

EPS Nueva AFP Porvenir.

VIVIENDA

Propia		Alquilada	X

TALLEJE

Camisa	L	Pantalón	34
Zapato	42		

ESCOLARIDAD

Ninguna		Primaria		Secundaria	✓
Técnico		Tecnólogo		Universidad	

ESTADO CIVIL

Soltero		Separado	
Casado	✓	Viudo	

HIJOS

0		2		4	
1		3		+ de 4	✓

PERSONAS A CARGO

Si	✓	#	6
NO			

GRUPO ÉTNICO

Negro		Indígena	
Mestizo		Otro	

FUMA

NO	✓	6 a 10 al día			
1 a 5 al día		+ de 11 al día			

EJERCICO

NO	✓	6 a 10 días mes	
1 a 5 días mes		+ de 11 días mes	

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

INDUCCIÓN

Código	FOR-SST-011
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

- ✓ Generalidades de la empresa
- ✓ Toda persona que entre a laborar en la empresa debe estar afiliada a una Empresa Promotora de Salud E.P.S, a una Administradora de Riesgos Laborales A.R.L, y a un Fondo de Pensiones A.F.P.
- ✓ Política de Seguridad y salud en el trabajo y Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- ✓ Es obligatorio el uso de los elementos de protección personal suministrados por la empresa, (BOTAS, CASCO, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, GUANTES, ETC); El uso de estos depende de la labor que se vaya a realizar.
- ✓ No está permitido el uso de gorras dentro del lugar de trabajo, a menos que exista una autorización escrita por un médico.
- ✓ Prohibido fumar, ingerir bebidas embriagantes, consumo de sustancias alucinógenas.
- ✓ Prohibido uso cadenas, aretes, manillas u otros elementos no propios del trabajo.
- ✓ Prohibido uso de celular en la obra.

Todo el personal debe cumplir con las normas de orden y limpieza.

Todo incidente o accidente de trabajo debe ser reportado de inmediato a la Coordinación de Seguridad y Salud en el trabajo y al jefe inmediato.

Todo permiso, para ausentarse de la obra debe ser informado y autorizado por el Maestro y/o el Ingeniero Residente.

Prestar atención, respetar y cuidar la señalización de prevención, al igual que las cintas de seguridad.

Realizar las funciones únicamente para las cuales está capacitado, entrenado y contratado.

Toda persona que realice trabajo por más de 2 metros de altura, debe estar certificado, debe tener su respectivo permiso por la Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo y el Coordinador de trabajo en alturas, debe usar el arnés de seguridad, con su eslinga respectiva, ganchos de seguridad y una línea de vida de acuerdo con las normas establecidas.

Debe tener certificado, vigente, de trabajo avanzado en altura.

Inspeccionar el equipo de protección contra caídas y los elementos de protección personal, antes, durante y después de cada tarea.

Reglamento de Trabajo, normas y reglas internas; derechos y deberes de la empresa y de los trabajadores; horarios laboral: Lunes a Viernes 7:30am - 12m y 1pm - 5pm; Sábado 7:30am - 11am.

Reglamento de Higiene.

Riesgos existentes en la obra:

Biológico:	Físicos:	Químicos:	Cond. Psicosocial:	Biomecánicos:
Virus	Ruido	Material	Cond. Del la tarea	Posturas
Bacterias	Vibraciones	particulado	Interface Persona-	Movimientos repetitivos
Picaduras	Temp. Extremas		tarea	miembros superiores
Mordedura	Radia. no ioniza.			Manipulación manual de cargas

Condiciones de Seguridad:		Fenómenos Naturales:
Mecánico	Accidentes de	Lluvias
Eléctricos	tránsito	Tormentas
Locativo	Públicos	Vendaval
Explosiones	Alturas - Excavación	Sismos
Incendio	Espacios confinados	Inundaciones

- Revisar el buen estado de los equipos antes de iniciar sus funciones diarias
- Aislar, demarcar y señalizar todos los frentes de obra, antes y después de realizar las labores respectivas
- Conocer y aplicar las normas de seguridad y señales preventivas en la oficina
- Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia esto evitará accidentes e incidentes
- Evitar fumadores dentro de los frentes de obra esto previene incendios y malestar general al personal
- Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.
- No hacer conexiones o derivaciones eléctricas que generen sobrecargas y a su vez incidentes o accidentes de trabajo
- Durante la permanencia en obra, deberá portar los elementos de protección Individual asignados al presente cargo
- En caso de realizar labores en cercanías a los equipos y/o maquinarias verificar la ubicación y radio de operación de los mismos para tomar las medidas de seguridad industrial necesarias
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.

Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía

Procedimientos a ejecutar en la obra:

_____

_____

_____

_____

CONSORCIO JOTA & C

NIT 901.926.980-6

Código	FOR-SST-011
Versión	1
Fecha Vr	Abril 2025

ORGANIGRAMA

- Consorciados
- Director de Obra
- Ingeniero Residente
- Inspector de obra
- Residente SST
- Residente Social
- Residente Ambiental
- Operadores de máquinas
- Oficiales
- Ayudantes

OBSERVACONES EXÁMEN OCUPACIONAL DE INGRESO: → Actividad Pendiente.

El compromiso de la empresa CONSORCIO JOTA & C es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro de nuestro equipo de trabajo consecuentemente le recordamos que su responsabilidad como trabajadores de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL ☐ POST INCAPACIDAD ☐ TRABAJO ALTURAS ☐
REUBICACIÓN ☐ OTRO ☐

Realizado el día _____ mes _____ año _____, se generaron los siguientes conceptos y recomendaciones:

Examen pre empleo: Satisfactorio sin restricción ☐ Con restricción ☐
Patologías: Sin patología detectada ☐ Con patología ☐
Alturas: Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐
Remitido a EPS: Si ☐ No ☐

Agradecemos, notifique al área SST, si se presenta algún cambio a su condición de salud.
Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA En caso de ser SI, por favor registre cuales

NO aplica.

Dosis vacuanación de COVID: 2.

Medicamentos: No refiere.

Alergias: No refiere.

Yo JHON MOLINA, identificado con cédula 522 1748.

de _____, conozco y acepto la NOTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Dejo constancia que recibí toda la información (inducción) a satisfacción en lo referente a Seguridad y Salud en el Trabajo. Me comprometo a cumplir todas las normas que la empresa implemente referente a Seguridad y Salud en el Trabajo, como condición de contratación y como requisito para trabajar con la empresa, en constancia firma a los 19 días del mes Junio del año 2025.

JHON MOLINA
Firma del trabajador
CC. 522 1748

Firma del Inductor
Licencia: _____

NIT 901.926.980-6

EVALUACION DE INDUCCIÓN SG-SST

Código: FOR-SST-004
Versión: 01
Fecha Vr: Abril 2021

Nombre: JHON Molina CC. 3221748

Cargo: Ayudante

Fecha ingreso a la empresa: Día 19 Mes Junio Año 2025.

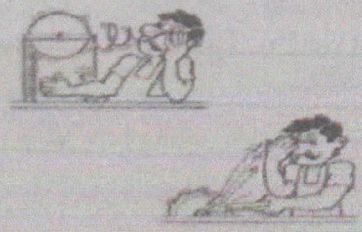
Fecha de evaluación: Día 19 Mes Junio Año 2025.

1. ¿Cómo está conformado el Sistema General de Riesgos Laborales?
   a. Caja de compensaciones
   b. EPS, ARL, AFP
   c. ARL, EPS
   d. AFP, EPS, IPS

2. Cuáles son las clases de señalización.
   a. predictivas-prohibitivas-informativas
   b. informativas-preventivas- reglamentarias ✓
   c. obligatorias-preventivas-transitorias
   d. informativas -voluntarias- preventivas

3. Identifique y Marque con una X los Peligros a los que usted está expuesto durante el ejercicio de sus labores.

Mecánico



Eléctrico



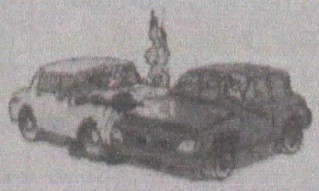
Locativo X



Biomecánico X



Accidentes de Transito



Públicos X



4. ¿Qué es un accidente de Trabajo?
   xa. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Cuando el trabajador se desplaza por cualquier lugar sin órdenes del empleador.
   c. Es aquel causado por los trabajos de mi casa.
   d. Participar en actividades recreativas, deportivas o culturales cuando sale del trabajo.

5. ¿Cómo prevenir un Accidente de Trabajo?
   a) Realizar las actividades de acuerdo a los métodos y procedimientos establecidos
   b) usar la maquinaria, el equipo y las herramientas manuales, eléctricas, neumáticas o portátiles, con los dispositivos de seguridad instalados.
   c) Mantener orden y limpieza en todas las instalaciones, áreas, equipo, maquinaria y herramienta, entre otras
   xd) Utilizar el equipo de protección personal que proporciona la empresa
   e) Todas las anteriores

6. ¿Qué debes hacer cuando se presenta un accidente de trabajo?
   a) Irme para la casa
   xb) Reportarlo al área de Seguridad y Salud en el Trabajo
   c) Quedarme callado.
   d) En la casa hacerme una curación y contarle al encargado Seguridad y salud en el trabajo la semana siguiente.

7. Explique con sus propias palabras la importancia de usar los elementos de protección personal y mencione cuales debe usar para el cumplimiento de sus actividades laborales.

   Para proteger mi salud: casco, guantes, gafas, tapabocas

8. ¿Cuál es la diferencia entre el COPASST y el Comité de Convivencia Laboral?

1 X	El COPASST vela por la Seguridad y salud en el trabajo, analiza los riesgos existentes en la obra y como ejecutar las actividades de la forma más segura	El Comité de convivencia laboral, vela por evitar el acoso laboral dentro de la empresa. X
2	El COPASST es un comité encargado hacer fiestas	El Comité de convivencia laboral, es el encargado de realizar actividades de recreación.

9. ¿Para qué nos sirven las Pausas Activas?

a. Disminuye el estrés.
b. Favorece el cambio de posturas y rutina.
c. Libera estrés articular y muscular.
d. Estimula y favorece la circulación.
x e. Todas las anteriores

✓

C = 8

10. Menciones 3 (tres) responsabilidades que usted tiene como trabajador frente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

x a) Procurar el cuidado integral de su salud.
b) Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
x c) Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato o al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo.
x d) Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
e) Todas las anteriores.

✓

JHON MOLINA

Firma del trabajador
Cédula de ciudadanía N°

ANEXO 4

Entrega de Elementos de Protección

CONSORCIO JOTA & C
NIT 901.926.980-6

ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CODIGO	FOR-SST-013
VERSION	1
Fecha Vr	Abril 2025
PAGINA	

NOMBRE Y APELLIDOS	Liney Milena Bulcrago Rusinque	CARGO	Controladora de tráfico	C.C	57291702

PRIMERA ENTREGA	CANT.	TALLA	SEGUNDA ENTREGA	CANT.	TALLA	TERCERA ENTREGA	CANT.	TALLA
FECHA			FECHA			FECHA		
PANTALON			PANTALON			PANTALON		
CHAQUETA			CHAQUETA			CHAQUETA		
CAMISETA			CAMISETA			CAMISETA		
CAMISA MANGA LARGA			CAMISA MANGA LARGA			CAMISA MANGA LARGA		
FIRMA			FIRMA			FIRMA		

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyan a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FECHAS (dd-mes-aaaa)	Casco de Seguridad	Barbuquejo		Protector Auditivo: Inserción	Protector Auditivo: Copa		Gafas de Seguridad Claras	Gafas de Seguridad Oscuras	Guantes: Vaqueta Corta	Guantes: Vaqueta Larga	Guantes: Soldador	Guantes: Nitrilo Corto	Guantes: Nitrilo Largo	Guantes: Nitrilo (Precision)	Respirador: Filtros Humos Metálicos	Respirador: Filtros Pintura	Respirador: Filtros Cloro/Mercurio	Respirador: Retenedor Filtro	Respirador: Prefiltros N95 - 5 N11	Respirador: Mascarilla N95	Tapa Boca Desechable	Mascarilla Media Cara	Conjunto Impermeable	Overol TYVEK	Talla: Bota de Seguridad	Talla: Botas de Caucho	Peto de Vaqueta	Mangas para Soldar	Delantal Peto Manga Vaqueta		Otros	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR (Certifico que recibí en buen estado los Elementos de Protección Personal (EPP) especificados para la tarea y que entendí la forma correcta de utilizarlos y cuidarlos y me comprometo a portarlos de manera responsable en el lugar de trabajo)	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
19 junio 2025	X											X																			Chaleco		CPAM

CONSORCIO JOTA & C
NIT 901.926.980-6

ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CODIGO	FOR-SST-000
VERSION	1
Fecha Vi	Abril 2025
PAGINA	

NOMBRE Y APELLIDOS	Wilmer Enrique Stel Cruelz	CARGO	Ayudante 1	C.C	1076672484

PRIMERA ENTREGA	CANT	TALLA	SEGUNDA ENTREGA	CANT.	TALLA	TERCERA ENTREGA	CANT	TALLA
FECHA			FECHA			FECHA		
PANTALON			PANTALON			PANTALON		
CHAQUETA			CHAQUETA			CHAQUETA		
CAMISETA			CAMISETA			CAMISETA		
CAMISA MANGA LARGA			CAMISA MANGA LARGA			CAMISA MANGA LARGA		
FIRMA			FIRMA			FIRMA		

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FECHAS (dd-mes-aaaa)	Casco de Seguridad	Barbuquejo	Protector Auditivo: Inserción	Protector Auditivo: Copa		Gafas de Seguridad Claras	Gafas de Seguridad Oscuras	Guantes: Vaqueta Corta	Guantes: Vaqueta Larga	Guantes: Soldador	Guantes: Nitrilo Corto	Guantes: Nitrilo Largo	Guantes: Nitrilo Nailon (Precisión)	Respirador: Filtros Humos Metálicos	Respirador: Filtros Pintura	Respirador: Filtros Cloro/Mercurio	Respirador: Retenedor Filtro	Respirador: Prefiltros N95 6 N11	Respirador: Mascarilla N95	Respirador: Tapa Boca Desechable	Mascarilla Media Cara	Conjunto Impermeable	Overol TYVEK	Talla Botas de Seguridad	Talla Botas de Caucho	Peto de Vaqueta	Manguera para Soldar	Delantal Peto Manga Vaqueta	Otros	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR (Certifico que recibí en buen estado los Elementos de Protección Personal (EPP) especificados en la tabla y que entiendo la forma correcta de utilizarlos y conservarlos y me comprometo a portarlos durante mi jornada laboral. Además, me comprometo a reportar cualquier daño o pérdida de manera inmediata.)	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
18 junio 2025	X										X																		Chaleco		OPAM

CONSORCIO JOTA & C
NIT 901.926.980-6

ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO	FOR-SST-003
VERSION	1
Fecha Vr	Abril 2025
PAGINA	

NOMBRE Y APELLIDOS	Angel Antonio Carrizo Paz	CARGO	Ayudante	C.C	PT6102408

PRIMERA ENTREGA	CANT.	TALLA
FECHA		
PANTALON		
CHAQUETA		
CAMISETA		
CAMISA MANGA LARGA		
FIRMA		

SEGUNDA ENTREGA	CANT.	TALLA
FECHA		
PANTALON		
CHAQUETA		
CAMISETA		
CAMISA MANGA LARGA		
FIRMA		

TERCERA ENTREGA	CANT.	TALLA
FECHA		
PANTALON		
CHAQUETA		
CAMISETA		
CAMISA MANGA LARGA		
FIRMA		

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FECHAS (dd-mes-aaaa)	Camisa de Seguridad	Pantalon Jean		Protector Auditivo: Insercion	Protector Auditivo: Copa	Gafas de Seguridad Claras	Gafas de Seguridad Oscuras	Guantes: Verguete Corto	Guantes: Vaqueta Largos	Guantes: Soldador	Guantes: Nitrilo Corto	Guantes: Nitrilo Largo	Guantes: Nitrilo Nailon (Precision)	Respirador: Filtros Humos Metalicos	Respirador: Filtros Pintura	Respirador: Filtros Cloro/Mercurio	Respirador: Rollenador Filtro	Respirador: Prefiltros N95 - 5 N11	Respirador: Mascarilla N95	Respirador: Tapa Oidos Desechables	Mascarilla Media Cara	Conjunto Impermeable	Overol TYVEK	Botas de Seguridad Talla	Botas de Caucho Talla	Peto de Vaqueta	Mangas para Soldar	Delantal Peto Manga Vaqueta	Otros	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
19 junio 2025	X										X																	Chaleco	Angel Carrizo CPAM	

CONSORCIO JOTA & C
NIT 901.926.980-6

ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CODIGO	FOR-SST-003
VERSION	1
Fecha Vr	Abril 2015
PAGINA	

NOMBRE Y APELLIDOS	Jhon Heidy Molina Ramos		CARGO	Ayudante	C.C PT5221748

PRIMERA ENTREGA	CANT.	TALLA	SEGUNDA ENTREGA	CANT.	TALLA	TERCERA ENTREGA	CANT.	TALLA
FECHA			FECHA			FECHA		
PANTALON			PANTALON			PANTALON		
CHAQUETA			CHAQUETA			CHAQUETA		
CAMISETA			CAMISETA			CAMISETA		
CAMISA MANGA LARGA			CAMISA MANGA LARGA			CAMISA MANGA LARGA		
FIRMA			FIRMA			FIRMA		

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FECHAS (dd-mes-aaaa)	Casco de Seguridad	Barbuquejo	Protector Auditivo: Inserción	Protector Auditivo: Copa	Gafas de Seguridad Claras	Gafas de Seguridad Oscuras	Guantes: Vaqueta Corta	Guantes: Vaqueta Larga	Guantes: Soldador	Guantes: Nitrilo Corto	Guantes: Nitrilo Largo	Guantes: Nitrilo Nailon (Proteccion)	Respirador: Filtros Humos Metalicos	Respirador: Filtros Pintura	Respirador: Filtros Cloro/Mercurio	Respirador: Retenedor Filtro	Respirador: Prefiltros N95 - 5 N11	Respirador: Mascarilla N95	Tapa Boca Desechable	Mascarilla Media Cara	Conjunto Impermeable	Overol TYVEK	Botas de Seguridad (Talla)	Botas de Caucho (Talla)	Peto de Vaqueta	Mangas para Soldar	Delantal Pecho Manga Vaqueta	Otros	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR (Certifico que recibí los Elementos de Protección Personal (EPP) especificados para la tarea y que entendí la forma correcta de utilizarlos y guardarlos y me comprometo a portarlos en mantenimiento en el sitio de trabajo)	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
18 junio 2025	X									X																		Chaleco		CPAV