INFORME MENSUAL DE GESTIÓN SST No. 1

Periodo de Ejecución:

16 de septiembre de 2024 hasta el 31 de octubre de 2024

CONTRATISTA: CONSORCIO INTER MEJORAMIENTOS

CONTRATO N.º CO1.PCCNTR.5701677 / 0277 de 2024

Elaboró	Revisó	Aprobó
Leidi Andrea Carreño Martínez Profesional SISO	**Edgar Jesús Rojas Ramírez** Director de Interventoría	**Andrés Ricardo López Saurith** Representante Legal

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVO GENERAL 3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
3. DESCRIPCIÓN DE LA OBRA 4
4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE INTERVENTORIA 5
5. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONSORCIO INTER MEJORAMIENTOS 6
6. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL AL CONTRATISTA UNIÓN TEMPORAL URBANAS SSI 2023 7
7. PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL 8
8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SST 8
9. INSPECCIONES DE SST 11
10. ACCIDENTES E INCIDENTES REPORTADOS 12
11. CAPACITACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN 12
12. RECOMENDACIONES 13
13. CONCLUSIÓN 13
14. ANEXOS 14

1. INTRODUCCIÓN

Este informe tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en el proyecto **PAVIMENTACIÓN DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL, SANTANDER,** ejecutada por la UNION TEMPORAL URBANAS SSI 2023. La interventoría, en su compromiso con la protección n de la integridad de los trabajadores y la prevención de riegos laborales, busca garantizar la implementación adecuada de normas, procedimiento y acciones que minimicen los riesgos inherentes a las actividades de construcción.

La gestión del control de riesgos constituye el pilar fundamental de las acciones preventivas en materia de SST. Su correcta aplicación es esencial para eliminar condiciones que puedan afectar la Salud de los trabajadores y asegurar que las operaciones se realicen sin comprometer la seguridad física de los colaboradores, evitando interrupciones imprevistas que puedan impactar el desarrollo del proyecto.

En este documento, se presenta un seguimiento detallado de las actividades relacionadas con la Seguridad y Salud en el trabajo, realizadas durante el periodo comprendido entre el 16 de septiembre y el 31 de octubre de 2024, en el marco del proyecto de mejoramiento de vías Urbanas. Este análisis tiene como propósito identificar avances, cumplimiento normativo y áreas de mejora en la implementación de medidas preventivas y correctivas.

2. OBJETIVO GENERAL

Supervisar y verificar el cumplimiento en el área de seguridad y salud en el trabajo y ambiente desarrollada por el contratista en el proyecto **"PAVIMENTACIÓN DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL, SANTANDER"**

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar labores de seguimiento y control en SST, con el fin de verificar que se desarrolle de acuerdo con los lineamientos establecidos.
- Identificar y proponer recomendaciones para la mitigación, prevención y control de los factores de riesgos derivados de la actividad.
- Evaluar el cumplimiento de la legislación colombiana en SST (Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y otras normativas pertinentes).
- Identificar y analizar los riesgos y condiciones de trabajo en la obra.
- Sugerir recomendaciones de mejora.
- Garantizar la veracidad de la documentación suministrada por el contratista.
- Verificar la implementación de medidas de seguridad y salud en el trabajo.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA OBRA

TIPO DE CONTRATO:	Obra	
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5593831 DE 2023 (Número interno 4717)	16/12/2023
CONTRATISTA:	UNION TEMPORAL URBANAS SSI 2023	
Nit o C.C. No.	901.779.321 - 1	
OBJETO:	PAVIMENTACIÓN DE VIAS URBANAS MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL, SANTANDER	

VALOR INICIAL:	$ 2.685.237.538,00	
VALOR ADICIONAL:	$00.000.00	
VALOR TOTAL:	$ 2.685.237.538,00	
ANTICIPO INICIAL:	N/A	
ANTICIPO ADICIONAL:	N/A	
ANTICIPO TOTAL:	N/A	
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO:
	N/A	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO ADICIONAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO
	N/A	N/A
PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO:	5.00%	
PORCENTAJE DE AVANCE FINANCIERO:	00.00%	
PLAZO INICIAL:	Cinco (05) meses	
PLAZO ADICIONAL:	N/A	
PLAZO TOTAL:	Cinco (05) meses	
CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5701677 DE 2024 (No. INTERNO 0277)	15/02/2024
INTERVENTOR:	CONSORCIO INTER MEJORAMIENTOS	
Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR	901.794.192 - 0	
SUPERVISOR:	Fabio Andrés Ríos Franco	
ACTO ADMINISTRATIVO DE SUPERVISIÓN:	Acto Administrativo del 12 de junio de 2024	

FECHA DE INICIACIÓN:	16/09/2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	N/A	Fecha:	N/A
No.	N/A	Fecha:	N/A

ACTAS DE REINICIO			
No.	N/A	Fecha:	N/A
No.	N/A	Fecha:	N/A

FECHA DE TERMINACIÓN:	15/02/2025

OFICINA GESTORA:	Secretaría de Infraestructura

4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE INTERVENTORIA

TIPO DE CONTRATO:	Interventoría	
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5701677 DE 2024 (No. INTERNO 0277)	15/02/2024
CONTRATISTA:	CONSORCIO INTER MEJORAMIENTO	
Nit o C.C. No.	901.794.192 - 0	
OBJETO:	INTERVENTORÍA PARA LA PAVIMENTACIÓN DE VÍAS URBANAS MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL, SANTANDER	

VALOR INICIAL:	$191.432.920,00	
VALOR ADICIONAL:	$00.000.00	
VALOR TOTAL:	$191.432.920,00	
ANTICIPO INICIAL:	N/A	
ANTICIPO ADICIONAL:	N/A	
ANTICIPO TOTAL:	N/A	
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO:
	N/A	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO ADICIONAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO
	N/A	N/A
PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO:	30%	
PORCENTAJE DE AVANCE FINANCIERO:	0% (No se han desembolsado valores hasta la fecha).	
PLAZO INICIAL:	Cinco (05) meses	
PLAZO ADICIONAL:	N/A	
PLAZO TOTAL:	Cinco (05) meses	
SUPERVISOR:	Fabio Andrés Ríos Franco	
ACTO ADMINISTRATIVO DE SUPERVISIÓN:	Acto Administrativo del 12 de junio de 2024	
FECHA DE INICIACIÓN:	16/09/2024	

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	N/A	Fecha:	N/A
No.	N/A	Fecha:	N/A

ACTAS DE REINICIO			
No.	N/A	Fecha:	N/A
No.	N/A	Fecha:	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN:			15/02/2025
OFICINA GESTORA:			Secretaría de Infraestructura

5. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONSORCIO INTER MEJORAMIENTOS

Para nuestra empresa el equipo humano es de vital importancia, por ello velamos por el bienestar de cada trabajador y garantizamos que tengan acceso a los servicios de atención en salud; dentro del proceso de contratación una de las principales obligaciones como empresa es afiliar a cada trabajador al sistema general de seguridad social en salud - SGSSS (EPS, ARL y AFP).

INTERVENTORIA	
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	1
RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	1
INGENIERO AMBIENTAL	1
ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	1
PERSONAL EN SALUD OCUPACIONAL	1
TOPOGRAFO	1
SECRETARIA	1
TOTAL	7

6. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA UNIÓN TEMPORAL URBANAS SSI 2023

Se verifica el estado de los 4 componentes de seguridad social suministrado por UNIÓN TEMPORAL URBANAS SSI 2023 de las personas que laboran en la obra. Esta documentación es revisada por la interventoría con el objetivo de garantizar el cumplimiento de este requerimiento contractual.

El contratista reporta 24 trabajadores directos, los cuales se relacionan a continuación. Sin embargo, durante la revisión se evidenció que la información presentada no está completamente actualizada ni cumple al 100% con los requisitos establecidos en materia de seguridad social, lo cual debe ser subsanado con prontitud.

Es fundamental que el contratista gestione la actualización la actualización y regularización de los registros faltantes o inconsistentes para garantizar la adecuada protección de los tragadores y el cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales vigentes.

RELACIÓN DE PERSONAL OPERATIVO A CORTE DE 31 OCTUBRE 2024

N.º	NOMBRES Y APELLIDOS	N.º CEDULA	CARGO
1	ELKIN SIERRA	1.098.787.029	DIRECTOR
2	DIANA LORENA SIERRA DELGADO	1.095.841.224	ING RESIDENTE
3	INGRID KATHERINE RUBIO MARTINEZ	1.024.536.403	RESIDENTE HSEQ
4	FAVER JOHAN MERCADO REYES	1.054.681.657	TOPOGRAFO
5	PEDRO ELIECER RIAÑO CAVIDES	1.039.680.325	OPERADOR
6	DIEGO ANDRES SANDOVAL VEGA	1.095.925.298	CONDUCTOR
7	LUIS OMAR GONZALEZ AGUILERA	13.617.401	CONDUCTOR
8	EDGAR RIOS	91.449.401	CONDUCTOR
9	SERGIO ARDILA VARGAS	91.181.788	OFICIAL
10	PEDRO ALEJANDRO SANCHEZ LOPEZ	13.791.966	OFICIAL
11	RONALDO ESCOBAR OVIEDO	1.065.241.374	OFICIAL
12	ARLES CARMONA LANDAZURI	94.361.321	OFICIAL
13	CARLOS EFREN MARTINEZ CALLE	13.617.646	AYUDANTE

14	LUIS ORLANDO BURGOS VILLAMIL	1.007.848.641	AYUDANTE
15	EVERT SANTIAGO ZARATE MORENO	1.053.327.167	AYUDANTE
16	OSCAR MAURICIO ARIZA CRUZ	1.007.551.937	AYUDANTE
17	NORALDO HERIBERTO SANCHEZ	13.615.753	AYUDANTE

7. PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.

En cumplimiento al **ARTÍCULO 2.2.4.2.2.13. del DECRETO 1273 DE 2018 Pago de la cotización**. Las Entidades o Instituciones públicas o privadas contratantes y los contratistas, según corresponda, deberán realizar el pago de las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales mes vencido, dentro de los términos previstos por las normas vigentes.

- Al contratista le corresponde pagar mes vencido el valor de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales, cuando la afiliación sea por riesgo I, II o III, conforme la clasificación de actividades económicas establecidas en el Decreto 1607 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- El contratante debe pagar el valor de la cotización mes vencido, cuando la afiliación del contratista sea por riesgo IV o V.

Anexamos soporte de pago de planillas de seguridad social de la interventoría y el contratista de obra, correspondiente al periodo relacionado en este informe. **Ver anexo n°2**

8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SST

Identificación, Evaluación de Peligros y control de riesgos

Durante el periodo mencionado se identificaron los siguientes Peligros expuestos, generando así mismo control, seguimiento e inspección del personal y el área.

PELIGRO IDENTIFICADO	RIESGO	CONSECUENCIA	MEDIDA DE PREVENCIÓ Y CONTROL
Físico (vibraciones)	Exposición a vibraciones	Lesiones musculoesqueléticas,	Exámenes médicos ocupacionales,

	cuerpo completo o extremidades con el uso de equipos y maquinaria	problemas circulatorios, trastornos neurológicos (entumecimiento, perdida de sensibilidad) fatiga, dolores musculares, trastornos en la columna vertebral, fatiga crónica.	aplicación de procedimientos seguros, reducir el tiempo de exposición del personal y realizar rotaciones, efectuar pausas activas.
Físico (Ruido)	Exposición prolongada al ruido de la maquinaria o equipos a trabajar	Pérdida auditiva, fatiga, estrés	Uso de protectores auditivos, control del tiempo de exposición, rotación de personal, capacitaciones
Mecánico (manejo de maquinaria pesada)	Atrapamiento, golpe, atropellamiento	Fracturas, amputaciones, traumatismos	Capacitación en el uso de maquinaria pesada, señalización del área de trabajo, inspección y mantenimiento, uso de EPP
Biomecánico (manipulación de cargas)	Sobreesfuerzo levantamiento de equipos de uso diario en la obra	Lesiones osteomusculares	Ejercicios de estiramiento y pausas activas, adquisición de ayudas mecánicas, reducción de lacarga y capacitación en higiene postural.

Químico (exposición a sustancias)	Manipulación, contacto o inhalación de combustible, aceites para motores u otras sustancias como productos de limpieza utilizadas en obra.	Irritaciones, quemaduras, alergias o intoxicaciones	Uso de epp (guantes, gafas, mascarilla, delantal) capacitación en manejo de sustancias químicas, almacenamiento adecuado, interpretación de FDS
Condiciones de seguridad (locativo por almacenamiento, superficies irregulares, deslizantes con diferencia de nivel, orden y aseo)	Movilización a diferentes áreas de la obra	Resbalones, tropezones, caída a nivel y desnivel, cortaduras, fractura, muerte.	Cuidado al caminar por las diferentes áreas de trabajo, verificar que el área esté libre de obstáculos, mantener los espacios limpios y las maquinas, equipos y herramientas organizadas,
Químico por humos metálicos y no metálicos, material particulado, polvos.	Exposición a humos metálicos por corte de varilla	Enfermedades respiratorias, dermatitis, dificultad para respirar, accidentes por proyección, perdida de la vista o intoxicación y envenenamiento	Uso de elementos de protección (mascarilla de seguridad, careta para corte de varillas con trozadora) ropa adecuada para fundir concreto

			charlas sobre riesgo químico y de autocuidado.

9. INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Se llevaron a cabo con una lista de verificación donde se pudo evaluar los distintos equipos y herramientas utilizadas, su condición y la observación apropiada para cada una de ellas. Durante este período se realiza la inspección de equipos y herramientas manuales en toda la obra, de acuerdo con las regulaciones actuales.

Realizamos acompañamiento para ejecutar y evidenciar inspecciones a los puntos y áreas de trabajo en compañía del encargado del área SST, con el fin mantener un ambiente laboral seguro, en este mes se realizaron las siguientes inspecciones:

INSPECCIÓN DESARROLLADA	FECHA DE INSPECCIÓN.
Inspección de USO Elementos de Protección Personal	9 de Octubre 2024
Reporte mensual de estado de Salud	15 de Octubre 2024
Inspección Locativa de orden y aseo	11 de Octubre 2024
Inspección de Retroexcavadora	Se realiza pre operacional diaria
Inspección de Vibro compactador	Se realiza pre operacional diaria
Inspección del mini cargador	Se realiza pre operacional diaria
Inspección de orden y aseo (oficina)	3 de Octubre 2024
Inspección de Extintor y Camilla	5 de Octubre 2024
Inspección de Volquetas	Se realiza pre operacional diaria

10. ACCIDENTES E INCIDENTES O ENFERMEDAD LABORAL REPORTADOS

Fecha (d-m-a)	Consolidado de accidentes y/o enfermedad laboral	Consolidado de accidentes de origen común	Consolidado de accidente de transito	Consolidado de enfermedad común
16 de septiembre al 15 de Octubre de 2024	0	0	0	0

11. CAPACITACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN

Se evidencia que el contratista U.T Urbanas SSI 2023 realiza actividades de capacitaciones propuestas en la matriz de capacitación del SG-SST y de igual manera se evidencia que se realizan charlas diarias de cinco (5) minutos, relacionados con el comportamiento seguro y con el fin de informar y sensibilizar a los trabajadores sobre su seguridad y salud en el Trabajo.

Detalle de las capacitaciones realizadas:

CAPACITACIONES		
ITEM	FECHA	TEMA
1	25/09/2024	Inducción- Riesgo- Evaluación

CHARLAS DIARIAS		
ITEM	FECHA	TEMA
1	27 /09/2024	Uso Obligatorio y cuidado de EPPS
2	30/09/2024	Socialización de ATS
3	01/10/2024	Obligaciones y responsabilidades
4	02/10/2024	Indicaciones para simulacro de Evacuación
5	03/10/2024	Pausas Activas
6	04/10/2024	Socialización de política de prevención de no consumo de tabaco alcohol y sustancias psicoactivas
7	05/10/2024	Socialización de política de la seguridad vial
8	07/10/2024	Tipos de accidentes – como reportarlos
9	08/10/2024	Punto ecológico y manejo de residuos
10	09/10/2024	Orden y Aseo
11	10/10/2024	Punto de Hidratación y uso del agua
12	11/10/2024	Actividad lúdica de escucha activa

12. RECOMENDACIONES

Mejorar la señalización en zonas de la obra.

Reforzar el programa de capacitaciones, enfatizar más en la importancia de epp.

Implementar pausas activas más dinámicas para reducir fatiga.

13. CONCLUSIÓN

La intervención en seguridad y salud en el trabajo (SST) realizada en la obra de construcción de vías urbanas ha permitido verificar el cumplimiento de los estándares de seguridad, la identificación adecuada de peligros y la implementación de medidas de control alineadas con la normativa vigente, A lo largo del proyecto, se ha evidenciado una gestión activa en la mitigación de riesgos, aunque se detectaron áreas de mejora, especialmente en el refuerzo de capacitaciones y la implementación de controles en ciertas actividades.

Se destaca la importancia de la colaboración entre el equipo interventor y el contratista para promover un ambiente laboral seguro y minimizar la ocurrencia de accidentes. La intervención realizada ha sido fundamental para garantizar el cumplimiento de los estándares de SST y fortalecer la cultura de seguridad entre los trabajadores. Sin embargo, se recomienda continuar con la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en todas las etapas del proyecto, asegurando la sostenibilidad de las prácticas seguras y el compromiso con el bienestar de todos los colaboradores.

14. ANEXOS

ANEXO N°1

Registros fotográficos

CHARLAS	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

INSPECCIONES DE SEGURIDAD

SEÑALIZACIÓN Y CONTROL VIAL

PUNTO ECOLÓGICO

ANEXO N° 2. AFILIACIONES Y/O PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
OSCAR MAURICIO ARIZA CRUZ	C.C.	1,007,551,937	25/09/2024

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 24 de septiembre de 2024 a las 04:06:28 p. m.

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

Pág 1 de 1

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
CARLOS EFREN MARTINEZ CALLE	C.C.	13,817,646	25/09/2024

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 24 de septiembre de 2024 a las 04:06:28 p. m.

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

Pág 1 de 1

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
EVER SANTIAGO ZARATE MORENO	C.C.	1,053,327,167	25/09/2024

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 24 de septiembre de 2024 a las 04:06:28 p. m.

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

Pág 1 de 1

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LUIS ORLANDO BURGOS VILLAMIL	C.C.	1,007,848,641	25/09/2024

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 24 de septiembre de 2024 a las 04:06:28 p. m.

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

Pág 1 de 1

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
NORALDO HERINERTO SANCHEZ	C.C.	13,615,753	25/09/2024

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 24 de septiembre de 2024 a las 04:06:28 p. m.

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

Pág 1 de 1

AXA COLPATRIA

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. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LUIS OMAR GONZALEZ AGUILERA	C.C.	13,617,401	07/10/2024

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 sábado 5 de octubre de 2024 a las 04:22:01 p. m.

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

Pág 1 de 1

AXA COLPATRIA

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. 9021861 correspondiente a la empresa Union Temporal Urbanas Ssi 2023.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
PEDRO ALEJANDRO SANCHEZ LOPEZ	C.C.	13,791,966	07/10/2024

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 sábado 5 de octubre de 2024 a las 04:22:07 p. m.

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

Pág 1 de 1

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS EFREN MARTINEZ CALLE, identificado(a) con cédula de ciudadanía 13.617.646, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA LORENA SIERRA DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.095.841.224, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO ANDRES SANDOVAL VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.095.925.298, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

INGRID KATHERINE RUBIO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.024.536.403, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ORLANDO BURGOS VILLAMIL, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.007.848.641, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR MAURICIO ARIZA CRUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.007.551.937, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PEDRO ALEJANDRO SANCHEZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 13.791.966, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARMONA LANDAZURI ARLES** identificado(a) con **CC** número **94.361.321** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de agosto de 1996 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024102214550

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZARATE MORENO EVER SANTIAGO** identificado(a) con CC número **1.053.327.167** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de junio de 2024 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20241022153331

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANCHEZ NORALDO HERIBERTO** identificado(a) con CC número **13.615.753** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20241022152640

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARDILA VARGAS SERGIO** identificado(a) con CC número **91.181.788** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024102519480

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS OMAR GONZALEZ AGUILERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13617401**, se encuentra afiliado/a desde **31/10/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de octubre de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR W/O PROMOTOR: C2323

AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MARTINEZ	CALLE	CARLOS	EFREN

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO	
CC - Cédula de Ciudadanía	13617646	F	✓

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	✓	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	05	OCTUBRE	1982	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
									COLOMBIA	COLOMBIA

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
PUENTE NACIONAL	SANTANDER	RESTO RURAL	3125885718

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		CARLOSMARTINEZ@GMAIL.COM	4847	4847

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de Identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
UT URBANAS SSI	NI - Número Identificación Tributaria	901779321	1	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL				
Carrera 15	# 56	28				BARRANCABERMEJA	SANTANDER

	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL			CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
	3136622669			25	SEPTIEMBRE	2024	OBRERO	8621	$ 1.300.000

IX. FIRMAS

Carlos Martinez	Mayra Santana
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

REINGRESOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2323

AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: SIERRA	SEGUNDO APELLIDO: DELGADO	PRIMER NOMBRE: DIANA	SEGUNDO NOMBRE: LORENA

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
CC - Cédula de Ciudadanía	1095841224	✓ M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN					10. FECHA NACIMIENTO				PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
	✓	M	T	ND	17 (DÍA)	MAYO	1999		COLOMBIA	COLOMBIA

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
FLORIDABLANCA	SANTANDER	CABECERA MUNICIPAL	31885120000

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		DIANASIERRA@GMAIL.COM	4289	4289

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de Identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
UT URBANAS SSI	NI - Número Identificación Tributaria	901779321	1	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA						
	URBANA	RURAL				BARRANCABERMEJA	SANTANDER
Carrera 15	# 56	28					

[redacted]	TEL. CELULAR	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
	3136622669			10	SEPTIEMBRE	2024		INGENIERO RESIDENTE	2131	$ 2.100.000

IX. FIRMAS

Diana Sierra	Mayra Santana
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

REINGRESOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2323

AFILIACIÓN

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

5. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANDOVAL	VEGA	DIEGO	ANDRES

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
CC - Cédula de Ciudadanía	1095925298	F ✓

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	✓	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	03	MARZO	1991	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	11. NACIONALIDAD	COLOMBIA

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
FLORIDABLANCA	SANTANDER	CABECERA MUNICIPAL	3158735627

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		DIEGOSANDOVAL@GMAIL.COM	4289	4289

IV. 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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de Identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
UT URBANAS SSI	NI - Número Identificación Tributaria	901779321	1	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL			BARRANCABERMEJA	SANTANDER
Carrera 15		# 56		28			

				FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL			CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
	3136622569			19		2024	CONDUCTOR	8471	$ 1.300.000

IX. FIRMAS

Diego Sandoval
01. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

Mayra Santana
02. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

REINGRESOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2323

APELIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: RUBIO	SEGUNDO APELLIDO: MARTINEZ	PRIMER NOMBRE: INGRID	SEGUNDO NOMBRE: KATHERINE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. DISCAPACIDAD	
CC - Cédula de Ciudadanía	1024536403	✓	M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN		M	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO				PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
	✓					31	DICIEMBRE	1992	COLOMBIA	COLOMBIA

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
GUEPSA	SANTANDER	RESTO RURAL	3195381995

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		INGRIDRUBIO@GMAIL.COM	2729	2729

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de Identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
UT URBANAS SSI	NI - Número Identificación Tributaria	901779321	1	DEPENDIENTE

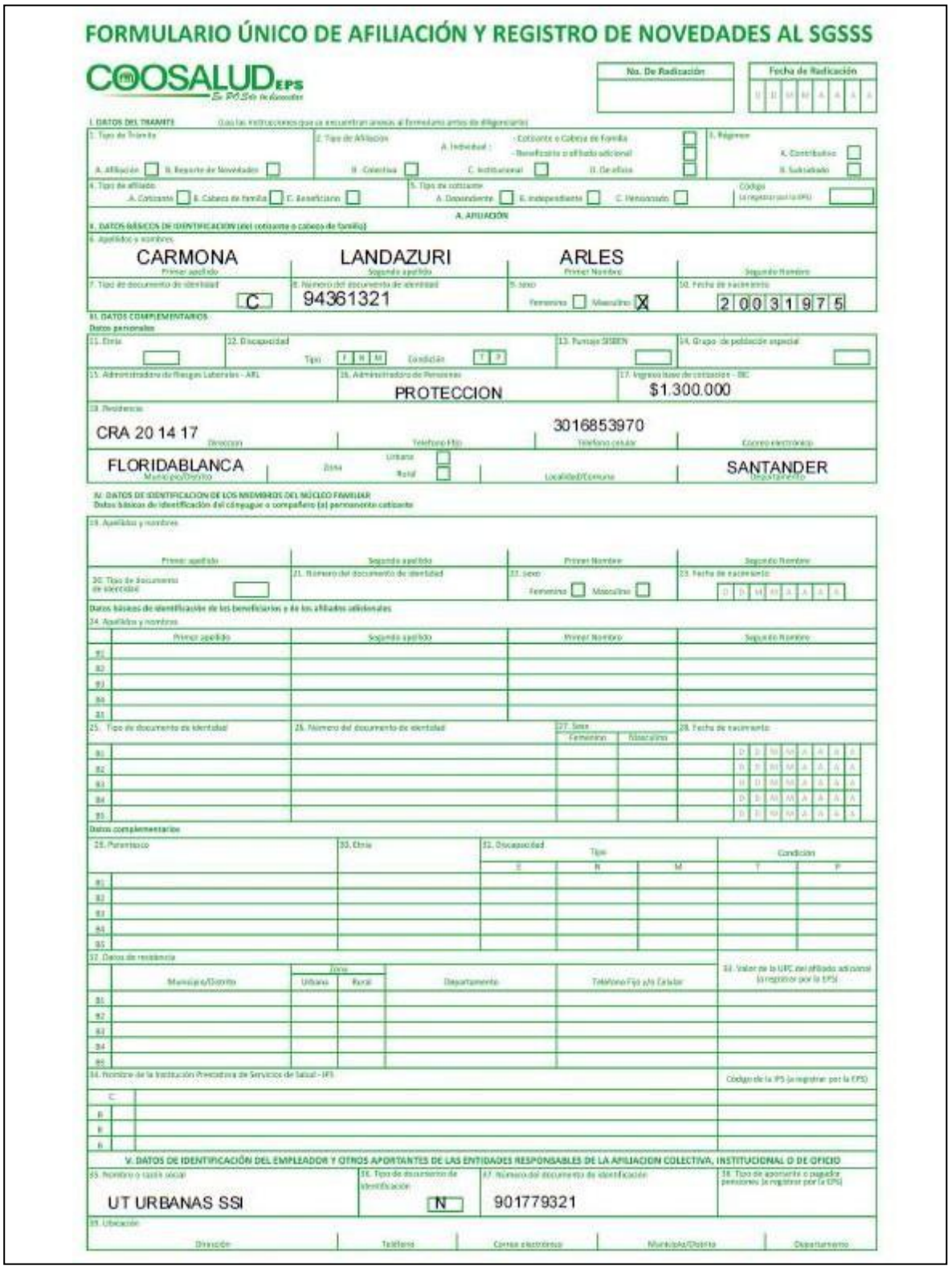
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL					
Carrera 15		# 56		28			BARRANCABERMEJA	SANTANDER

	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL			CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
	3136622669			20	SEPTIEMBRE	2024	SISO	2313	$ 1.300.000

IX. FIRMAS

Ingrid Rubio	Mayra Santana
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

REINGRESOS



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

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

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CARMONA	LANDAZURI	ARLES	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C	94361321	Femenino [ ] Masculino [X]	2 0 0 3 1 9 7 5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo: F N M / Condición: T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	PROTECCION	$1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 20 14 17		3016853970	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
FLORIDABLANCA	Urbana [ ] Rural [ ]		SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					D D M M A A A A
02					D D M M A A A A
03					D D M M A A A A
04					D D M M A A A A
05					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

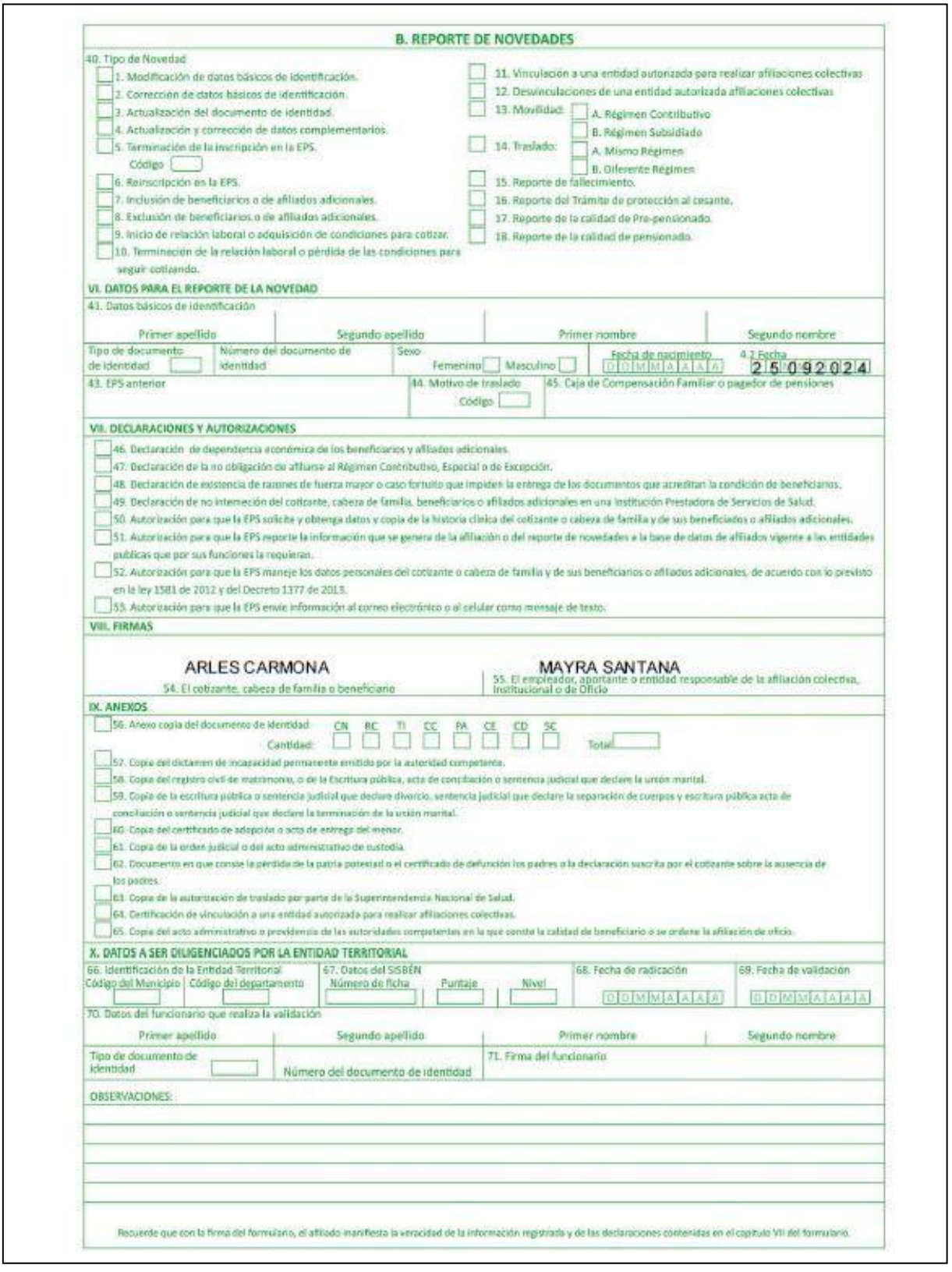
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
UT URBANAS SSI	N	901779321	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento



B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		25092024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

ARLES CARMONA	MAYRA SANTANA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

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

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ / Beneficiario o afiliado adicional ☐ ☐ — B. Cobertura ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ZARATE	MORENO	EVER	SANTIAGO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C	1053327167	Femenino ☐ Masculino X	10072005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	PROTECCION	$1.300.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CLL 8 10 42		3222880158	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento
PT NACIONAL			SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					D D M M A A A A
02					D D M M A A A A
03					D D M M A A A A
04					D D M M A A A A
05					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
01							
02							
03							
04							
05							

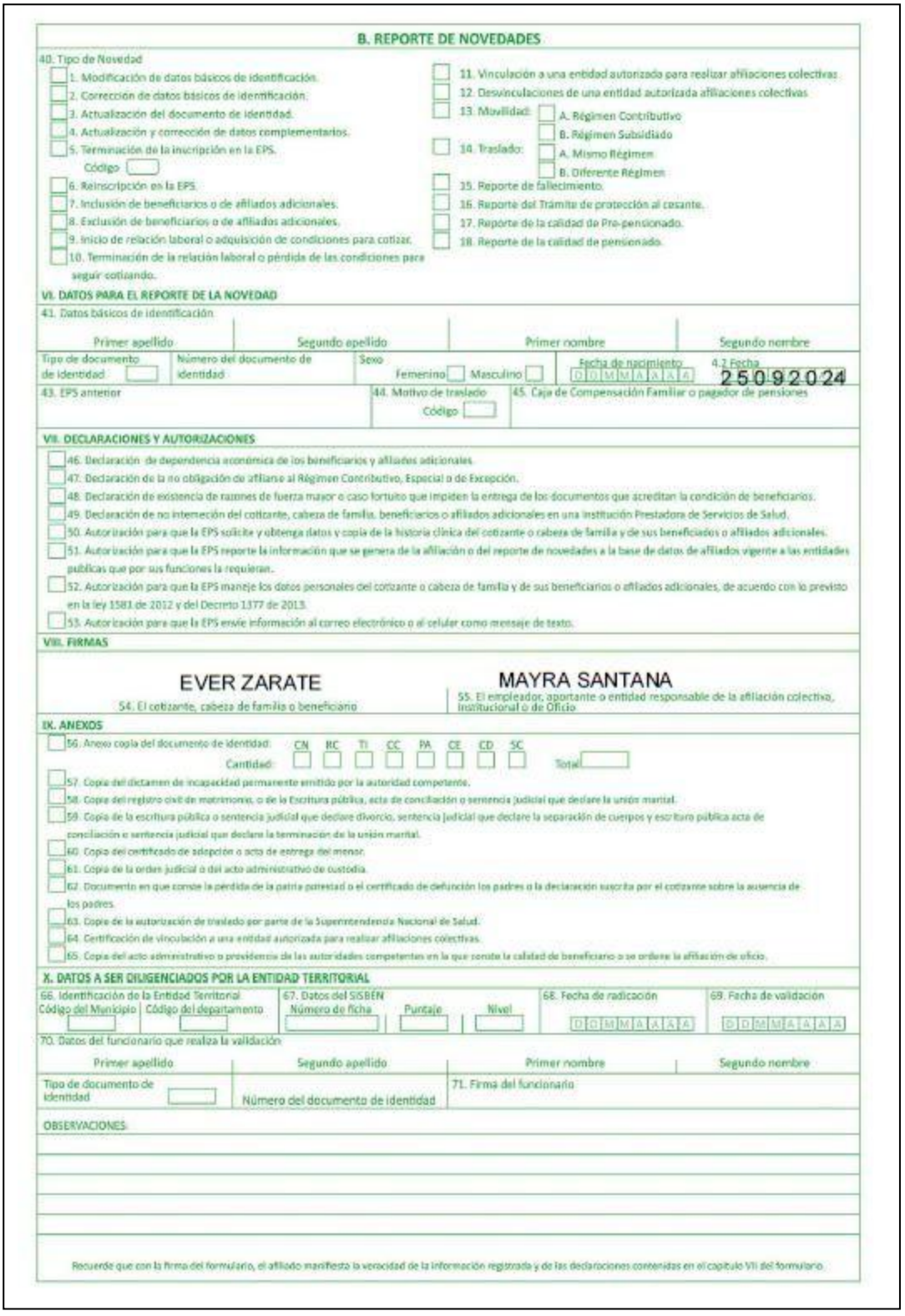
	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
UT URBANAS SSI		901779321	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento



B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		25092024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

EVER ZARATE	MAYRA SANTANA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

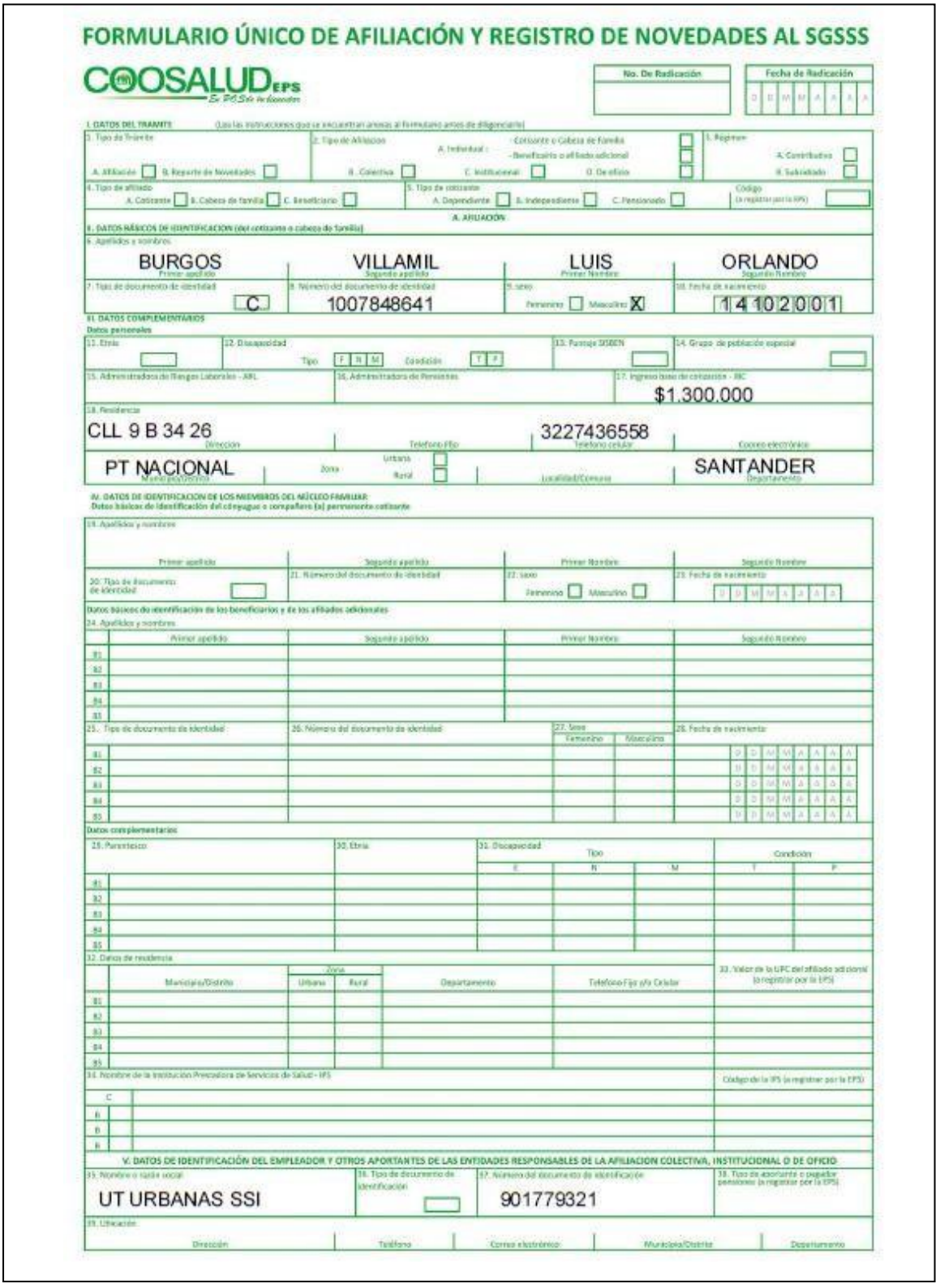
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

No. De Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACION

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BURGOS	VILLAMIL	LUIS	ORLANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C	1007848641	Femenino ☐ Masculino X	14 10 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

12. Etnia	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	17. Ingreso base de cotización - IBC
			$1.300.000

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CLL 9 B 34 26		3227436558	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
PT NACIONAL	Urbana ☐ Rural ☐		SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS — Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
D		
R		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
UT URBANAS SSI		901779321	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		25 09 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

LUIS BURGOS	MAYRA SANTANA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

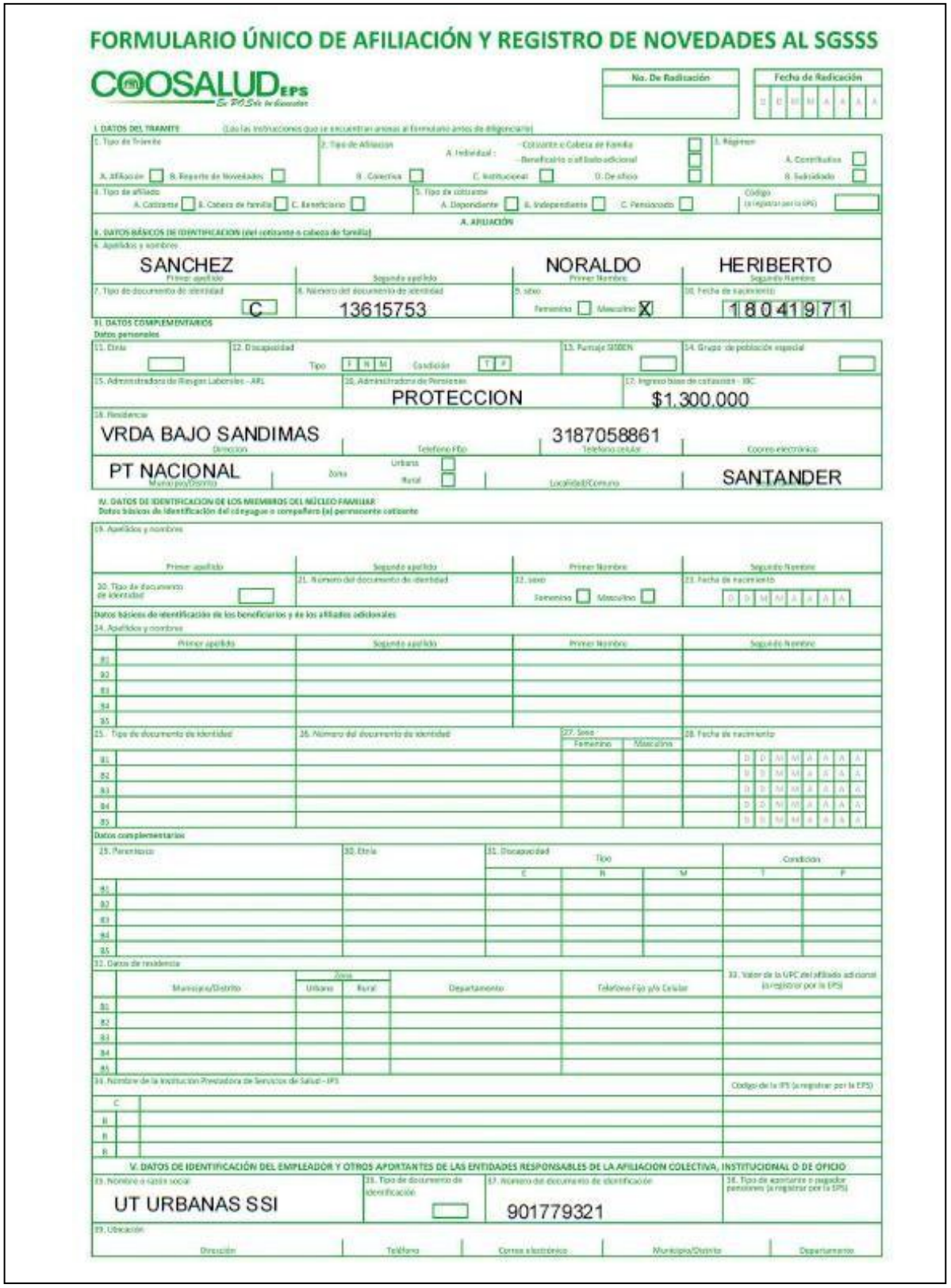
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐		

OBSERVACIONES:

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

No. De Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliado: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ], Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANCHEZ		NORALDO	HERIBERTO

7. Tipo de documento de identidad: C

8. Número del documento de identidad: 13615753

9. sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 18 04 1971

11. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL

16. Administradora de Pensiones: PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
VRDA BAJO SANDIMAS		3187058861	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna
PT NACIONAL	Urbana [ ] Rural [ ]	SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo C	Tipo B	Tipo M	Condición T	Condición F
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o cagador pensiones (a registrar por la EPS)
UT URBANAS SSI		901779321	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		25 09 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

NORALDO SANCHEZ	MAYRA SANTANA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

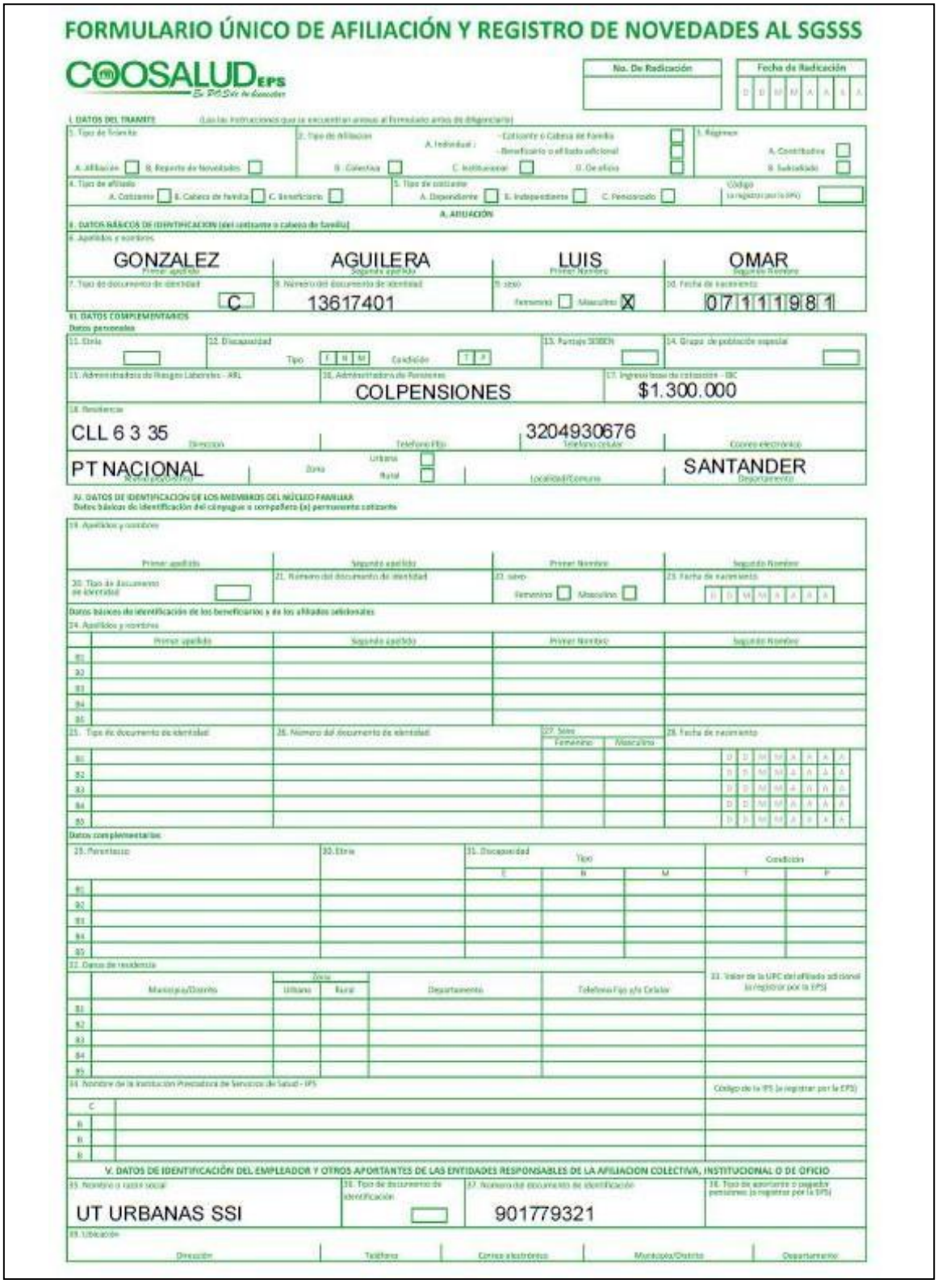
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐		

OBSERVACIONES:

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

No. De Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: GONZALEZ (Primer apellido) | AGUILERA (Segundo apellido) | LUIS (Primer Nombre) | OMAR (Segundo Nombre)

7. Tipo de documento de identidad: C

8. Número del documento de identidad: 13617401

9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒

10. Fecha de nacimiento: 07 11 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

15. Etnia

22. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

18. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.300.000

12. Residencia

Dirección: CLL 6 3 35

Teléfono Fijo

Teléfono celular: 3204930676

Correo electrónico

Zona: PT NACIONAL (Barrio/Vereda) — Urbana ☐ Rural ☐

Localidad/Comuna

Departamento: SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido | Segundo apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: C	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

B

B

B

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

35. Nombre o razón social: UT URBANAS SSI

36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación: 901779321

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

39. Ubicación

Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	07 10 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
LUIS GONZALEZ	MAYRA SANTANA

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

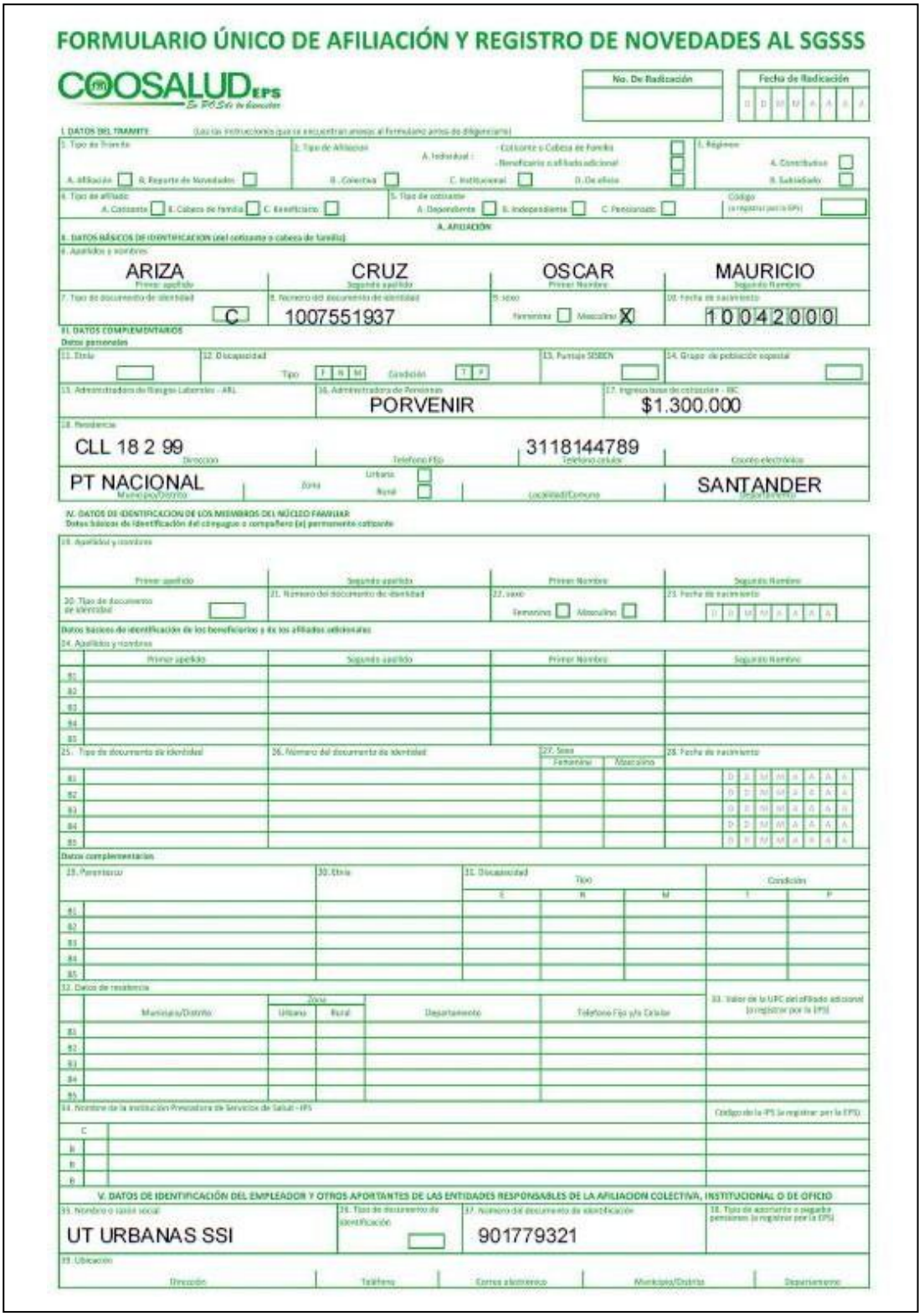
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

No. De Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACIÓN

6. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

4. Apellidos y nombres			
ARIZA	CRUZ	OSCAR	MAURICIO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
C	1007551937	Femenino ☐ Masculino X	10042000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	PORVENIR	$1.300.000

18. Residencia			
CLL 18 2 99		3118144789	
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
PT NACIONAL	Zona Urbana ☐ Rural ☐		SANTANDER
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					D D M M A A A A
02					D D M M A A A A
03					D D M M A A A A
04					D D M M A A A A
05					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo C	Tipo R	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
UT URBANAS SSI		901779321	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		25 09 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

OSCAR ARIZA	MAYRA SANTANA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

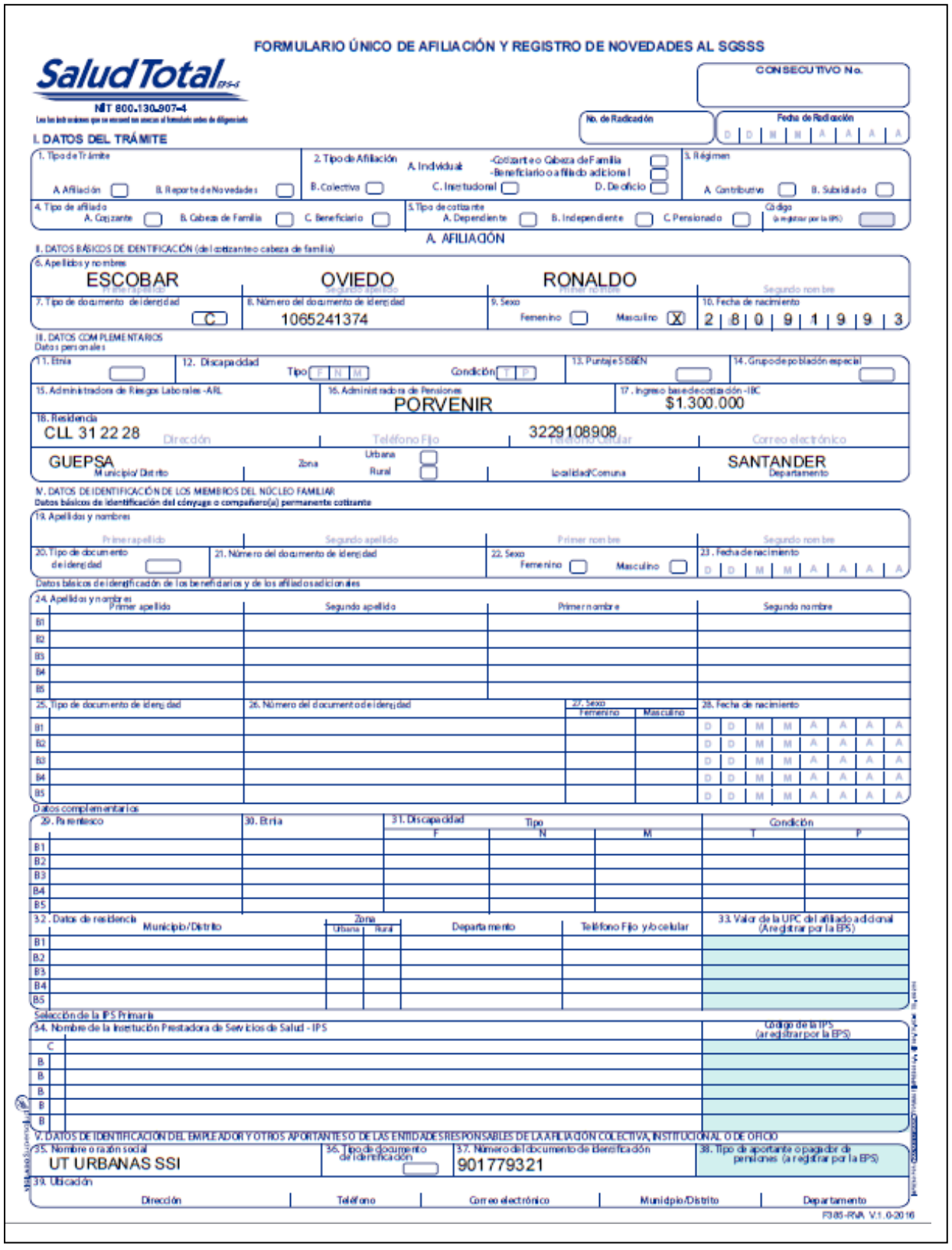
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: ESCOBAR	Segundo apellido: OVIEDO	Primer nombre: RONALDO	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: C	8. Número del documento de identidad: 1065241374	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 28 09 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	PORVENIR	$1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CLL 31 22 28		3229108908	

Municipio/ Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
GUEPSA			SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

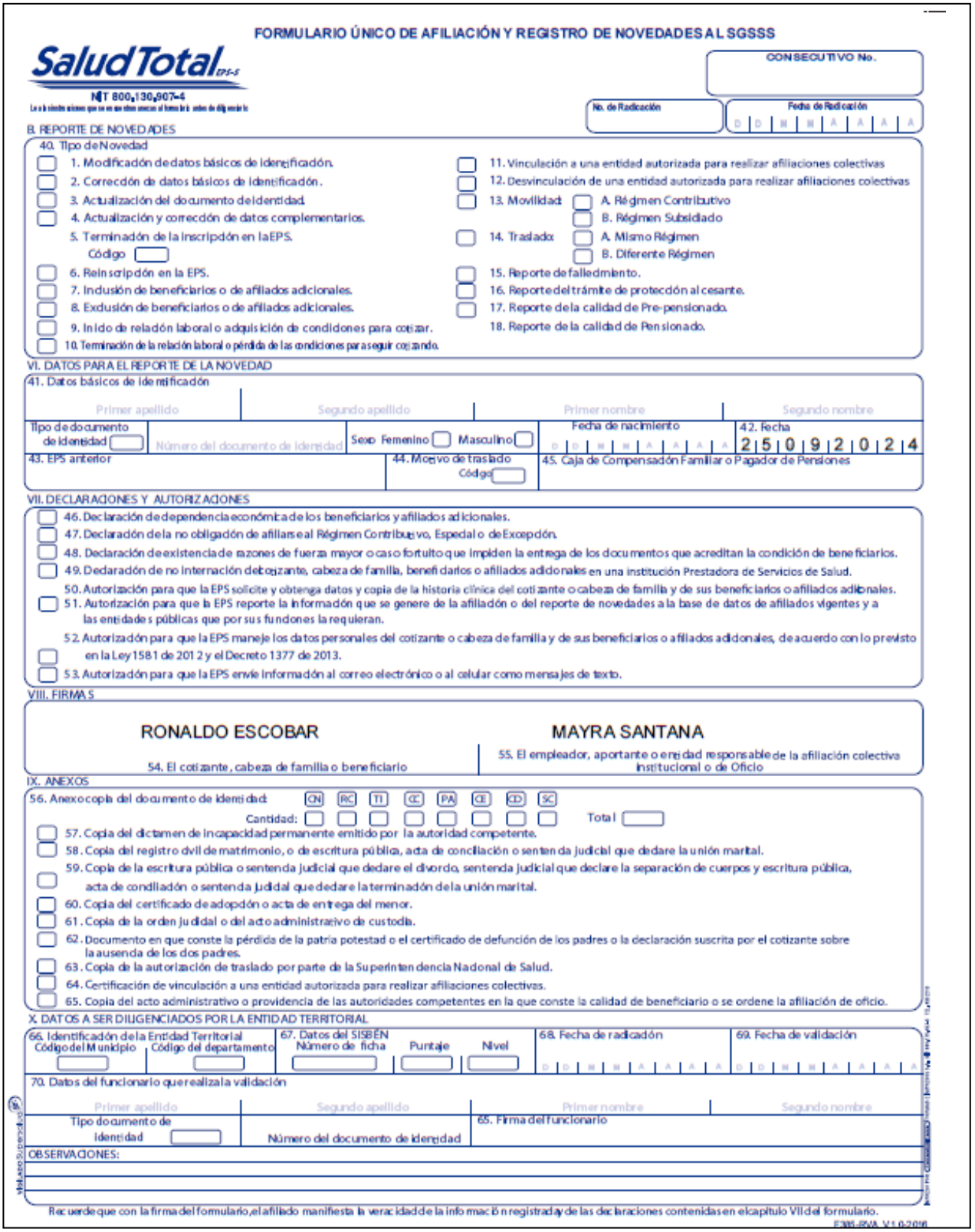
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
UT URBANAS SSI		901779321	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

FSMS-RVA V.1.0-2016



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha: 2 5 0 9 2 0 2 4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

RONALDO ESCOBAR	MAYRA SANTANA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

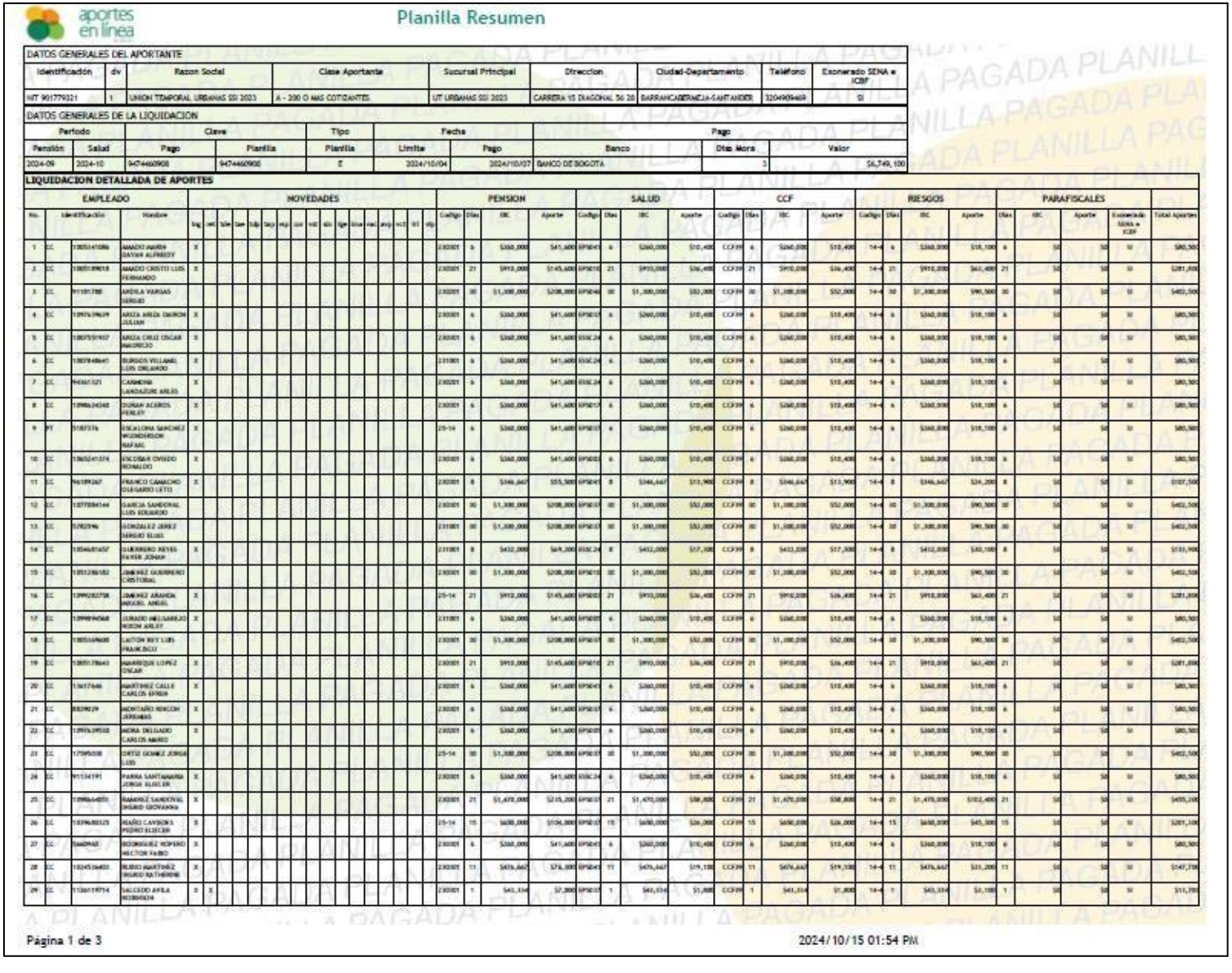
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

FSNS-RVA V.1.0-2016

PLANILLA UNIÓN TEMPORAL URBANAS SSI 2023



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901779321	1	UNION TEMPORAL URBANAS SSI 2023	A - 200 O MAS COTIZANTES	UT URBANAS SSI 2023	CARRERA 15 DIAGONAL 56 28	BARRANCABERMEJA-SANTANDER	3204909469	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	9474460908	9474460908	E	2024/10/04	2024/10/07	BANCO DE BOGOTA	3	$6,749,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

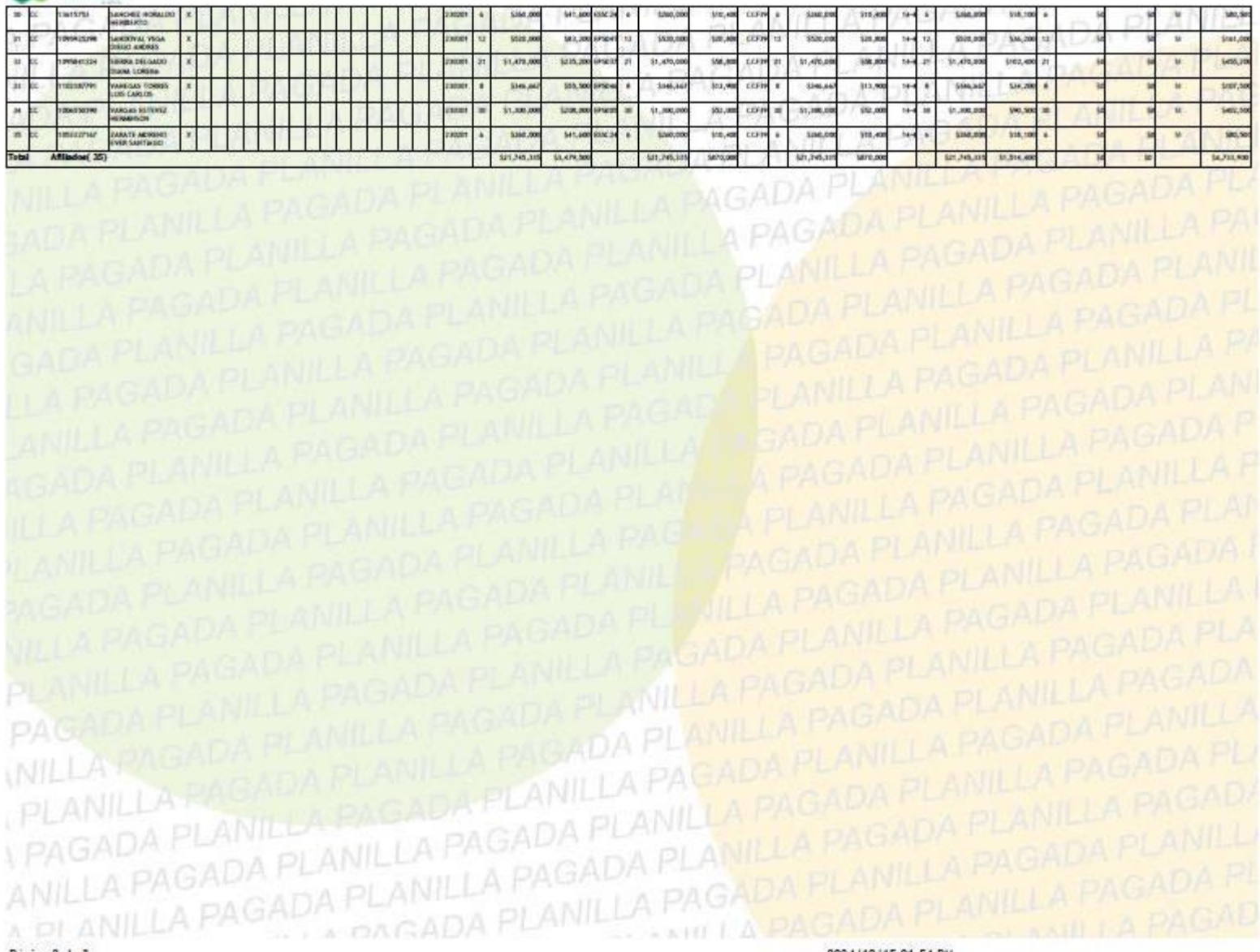
No.	EMPLEADO			NOVEDADES																						PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
				ing	ret	Sln	Lma	Lnr	Slp	Sus	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vly	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1005147086	AMADO MARIN DAYAN ALFREDY	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
2	CC	1005199818	AMADO CRISTO LUIS FERNANDO	X																		23001	21	$910,000	$145,600	SFS01	21	$910,000	$36,400	CCF01	21	$910,000	$16,400	14-4	21	$910,000	$63,400	21	$0	$0	$0		$281,800
3	CC	91181788	ARENAS VARGAS SERGIO																			23001	30	$1,300,000	$208,000	SFS01	30	$1,300,000	$52,000	CCF01	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	$0		$402,500
4	CC	1095196639	ARIZA ARIZA DAIRON JULIAN	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
5	CC	1005591907	ARIZA ORTIZ OSCAR MAURICIO	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SSC24	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
6	CC	1005148661	BURGOS VILLAMIL LUIS ORLANDO	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SSC24	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
7	CC	94361121	CARMONA LANDAZURI ARLES	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SSC24	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
8	CC	1098624343	DURAN ACEROS PERLEY	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
9	PT	5187376	ESCALONA SANCHEZ WILDERSON RAFAEL	X																		25-14	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
10	CC	1065614174	ESCOBAR OVIEDO RONALDO	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
11	CC	91189267	FRANCO CAMACHO OLEGARIO LETO	X																		23001	8	$346,667	$55,500	SFS01	8	$346,667	$13,900	CCF01	8	$346,667	$13,900	14-4	8	$346,667	$24,200	8	$0	$0	$0		$107,500
12	CC	1077884144	GARCIA SANDOVAL LUIS EDUARDO																			23001	30	$1,300,000	$208,000	SFS01	30	$1,300,000	$52,000	CCF01	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	$0		$402,500
13	CC	5702596	GONZALEZ JEREZ SERGIO ELIAS																			23001	30	$1,300,000	$208,000	SFS01	30	$1,300,000	$52,000	CCF01	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	$0		$402,500
14	CC	1054687657	GUERRERO REYES XAVIER JOHAN	X																		23001	8	$432,000	$69,200	SSC24	8	$432,000	$17,300	CCF01	8	$432,000	$17,300	14-4	8	$432,000	$30,100	8	$0	$0	$0		$133,900
15	CC	1051216182	JIMENEZ GUERRERO CRISTOBAL																			23001	30	$1,300,000	$208,000	SFS01	30	$1,300,000	$52,000	CCF01	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	$0		$402,500
16	CC	1099210758	JIMENEZ ARANDA MIGUEL ANGEL	X																		25-14	21	$910,000	$145,600	SFS01	21	$910,000	$36,400	CCF01	21	$910,000	$16,400	14-4	21	$910,000	$63,400	21	$0	$0	$0		$281,800
17	CC	1098940668	JURADO MELGAREJO HEIDER ARLEY	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
18	CC	1005164600	LAITON REY LUIS FRANCISCO																			23001	30	$1,300,000	$208,000	SFS01	30	$1,300,000	$52,000	CCF01	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	$0		$402,500
19	CC	1005178643	MARROQUIN LOPEZ OSCAR	X																		23001	21	$910,000	$145,600	SFS01	21	$910,000	$36,400	CCF01	21	$910,000	$16,400	14-4	21	$910,000	$63,400	21	$0	$0	$0		$281,800
20	CC	13617646	MARTINEZ CALLE CARLOS EFREN	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
21	CC	882929	MONTAÑO RINCON JERSAMIS	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
22	CC	1095139102	MORA DELGADO CARLOS MARIO	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
23	CC	17595038	ORTIZ GOMEZ JORGE LUIS																			25-14	30	$1,300,000	$208,000	SFS01	30	$1,300,000	$52,000	CCF01	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	$0		$402,500
24	CC	91154191	PARRA SANTAMARIA JORGE ELIECER	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SSC24	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
25	CC	1098644855	RAMIREZ SANDOVAL INGRID GIOVANNA	X																		23001	21	$1,470,000	$235,200	SFS01	21	$1,470,000	$58,800	CCF01	21	$1,470,000	$58,800	14-4	21	$1,470,000	$102,400	21	$0	$0	$0		$455,200
26	CC	1098680325	RAÑO CAYCEDO PEDRO ELIECER	X																		25-14	15	$650,000	$104,000	SFS01	15	$650,000	$26,000	CCF01	15	$650,000	$26,000	14-4	15	$650,000	$45,500	15	$0	$0	$0		$201,500
27	CC	5660960	RODRIGUEZ ROMERO HECTOR FABIO	X																		23001	6	$260,000	$41,600	SFS01	6	$260,000	$30,400	CCF01	6	$260,000	$18,400	14-4	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	$0		$80,500
28	CC	1024536403	RUBIO MARTINEZ INGRID NATHERINE	X																		23001	11	$476,667	$76,300	SFS01	11	$476,667	$19,100	CCF01	11	$476,667	$33,200	14-4	11	$476,667	$33,200	11	$0	$0	$0		$147,700
29	CC	1130119714	SALCEDO AVILA ROBINSON	X	X																	23001	1	$43,334	$7,800	SFS01	1	$43,334	$1,800	CCF01	1	$43,334	$2,100	14-4	1	$43,334	$2,100	1	$0	$0	$0		$11,700

Página 1 de 3

2024/10/15 01:54 PM

aportes en línea

Planilla Resumen



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901779321	1	UNION TEMPORAL URBANAS SSI 2023	A - 200 O MAS COTIZANTES	UT URBANAS SSI 2023	CARRERA 15 DIAGONAL 56 26	BARRANCABERMEJA-SANTANDER	3204909469	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	9474460908	9474460908	E	2024/10/04	2024/10/07	BANCO DE BOGOTA	3	$6,749,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				35	$3,479,500	$7,700	$0	$3,487,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$360,400	$800	$0	$361,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$499,200	$1,100	$0	$500,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	22	$2,245,500	$4,900	$0	$2,250,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$374,400	$900	$0	$375,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$1,514,400	$3,300	$0	$1,517,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	35	$1,514,400	$3,300	$0	$1,517,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$870,000	$1,900	$0	$871,900
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	35	$870,000	$1,900	$0	$871,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				35	$870,000	$2,300	$0	$872,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	7	$79,700	$200	$0	$79,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$124,800	$300	$0	$125,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$10,400	$100	$0	$10,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	11	$384,600	$900	$0	$385,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	6	$85,000	$200	$0	$85,200
SALUD MIA EPS	EPS046	900,914,254	1	2	$65,900	$200	$0	$66,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$46,800	$200	$0	$47,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$72,800	$200	$0	$73,000
TOTAL				**35**	**$6,733,900**	**$15,200**	**$0**	**$6,749,100**

Página 3 de 3

2024/10/15 01:54 PM

PLANILLA CONSORCIO INTER MEJORAMIENTOS

ANEXO N° 3 INSPECCIONES DE SEGURIDAD

UT URBANAS SS 2023	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17/07/2023
	CODIGO: HSE-F-23	VERSIÓN: 1	PAGINA: 1 DE 1

REALIZADO POR: Ingrid Rubio M. FECHA: 3-10-24 AREA: Obra-Oficina

HORA DE INICIO: 8-Am
HORA FINAL: 10-Am

PROYECTO: Puente Nacional

LISTA DE CHEQUEO ORDEN Y ASEO

CONDICIONES ENCONTRADAS				OBSERVACIONES
GUIA PARA LA INSPECCION	N.A	SC	NC	
Espacios organizados y libres de obstáculos		X		
Equipos ubicados correctamente (No estan sobre rutas de evacuación, ni en zonas donde generen daños a la comunidad o ambientales)		X		
Ruta de Evacuación		X		
Herramientas almacenadas correctamente		X		
Estantes en buen estado		X		
Recipientes suficentes para manejo de residuos		X		
Lamparas limpias y en buen estado	X			
Lugares de almacenamiento limpios		X		
Bodega de Materiales o Zona de Almacenamiento Limpia y en Buen Estado Locativo		X		
Separación correcta de productos no Conformes	X			
Material bien apilado o almacenado		X		
Residuos correctamente separados		X		
Uso racional del espacio de almacenamiento		X		
Paredes limpias	X			
Pisos limpios, en buen estado, y secos.		X		
Recipientes de recoleccion de residuos en buen estado		X		
Rincones sin basura		X		
Zona de disposición de residuos debidamente señalizada y canecas identificadas		X		
Sitios señalizados adecuadamente		X		
Sanitarios limpios, tiene papel higienico, jabon, toalla		X		
Suficiente iluminación		X		

Convenciones: **N.A**: No aplica **SC**: Si cumple **NC**: No cumple

INSPECTOR	LIDER HSEQ
FIRMA	FIRMA

UT URBANAS SSI 2023	**INSPECCIÓN VEHICULOS Y/O EQUIPOS**	F10-088 VERSION: 1 OCTUBRE DE 2016

UT URBANAS SSI 2023

Fecha / Período: 15 octubre al 19 octubre
Tipo de vehiculo / equipo: RETROEXCAVADORA 320 D
Código Interno:
Nombre Operador: Pedro Riaño

ITEM	DESCRIPCION	LUN		MAR		MIÉ		JUE		VIE		SÁB		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	De Trabajo delanteras			✓		✓		✓		✓		✓				
CABINA	Protección antivuelco (Certificada)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Cinturón de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓				
	Extinguidor de incendios 20Lbs PQS				X		X		X		X		X			
	Asiento en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓				
	Vidrio panorámico en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓				
	Limpia vidrio (plumilla, agua)				X		X		X		X		X			
	Indicadores(refrigerante,horometro,amperimetro, aceite delmotor)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pito			✓		✓		✓		✓		✓				
	Alarma de retroceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Escalera y apoyos de acceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Espejos laterales			✓		✓		✓		✓		✓				
	Palancas de mando de avance y retroceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Frenos(de emergencia y de servicio)			✓		✓		✓		✓		✓				
ESTADO MECANICO	Estado del balde y movimiento			✓		✓		✓		✓		✓				
	Freno del balde			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado del brazo y movimiento			✓		✓		✓		✓		✓				
	Freno del brazo			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de la tornamesa (tuercas,movimiento)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Freno de la tornamesa (de giro)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de las puertas del motor			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de la tapa superior del motor			✓		✓		✓		✓		✓				
	Motor (fugas, aseo, ruidos raros, etc)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Orugas (zapatas,sprokets, pasadores)				X		X		X		X		X			
	Rotación de orugas en el aire(ambos sentidos)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Giro de las orugas en el piso(ambos sentidos)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Control de ingreso de humo(tubo de escape)			✓		✓		✓		✓		✓				

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :
Fuga aceite Hidraulico por algunas mangueras en mal estado

Inspeccionado por: Pedro Riaño
Cargo: Operador
Firma: Pedro R

UT URBANAS SSI 2023 NIT 901779321-1	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL MINI CARGADOR	F10-094
		VERSION: 1
		31.08.2015

UT URBANAS SSI 2023

Fecha / Periodo: 13-10 al 19-10

Tipo de vehiculo / equipo: MINI CARGADOR 336 D3

Nombre Operador: Pedro Riaño

ITEM	DESCRIPCION	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	De trabajo delanteras			✓		✓		✓		✓		✓				
	De trabajo traseras			✓		✓		✓		✓		✓				
	Direccionales			✓		✓		✓		✓		✓				
	De parqueo			✓		✓		✓		✓		✓				
CABINA	Protección antivuelco			✓		✓		✓		✓		✓				
	Cinturón de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓				
	Extinguidor de incendios 10 Lbs PQS			X		X		X		X		X				
	Indicadores(Hidraulico, temperatura motor, corriente, horometro, aceite -motor)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Control ingreso humo (tubo de escape).			✓		✓		✓		✓		✓				
	Asiento en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓				
	Vidrio panorámico en buen estado (Laterales)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Alarma de Retroceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pito			✓		✓		✓		✓		✓				
	Apoyos de acceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Espejos laterales			✓		✓		✓		✓		✓				
	Espejo central convexo			✓		✓		✓		✓		✓				
	Palancas de mando en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pedales en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓				
	Frenos(de emergencia, servicio)			✓		✓		✓		✓		✓				
ESTADO MECANICO	Dirección(sin juego, vibración,ruidos raros)									✓		✓				
	Control de fugas hidráulicas, de aceite			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado del balde (pasadores,dientes,operación)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado del brazo (pasadores, mangueras operación)															
	Estado de los gatos de estabilización															
	Frenos(balde, brazo, compactador, taladro)															
	Mandos de levante del brazo			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado(balde, brazo, compactador, taladro)															
	Brazos del cucharón (pasadores, cilindros)															
	Operación del cucharón															
	Frenos del brazo y del cucharón															
LLANTAS	Estado(sin abultamientos, cortadas, lisas)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Huellas en buen estado>5 mm			✓		✓		✓		✓		✓				

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Inspeccionado por: Pedro Riaño — **Firma:** Pedro R

Cargo: Operador

UT URBANAS SSI 2023	**INSPECCIÓN VEHICULOS Y/O EQUIPOS**	F10-092 VERSION: 1 ene-16

UT URBANAS SSI 2023

Fecha: 15 octubre al 19 octubre

Tipo de vehiculo / equipo: VIBROCOMPACTADOR

Nombre Operador: Pedro Riaño

ITEM	DESCRIPCION	LUN		MAR		MIÉ		JUE		VIE		SÁB		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	De Trabajo delanteras			✓		✓		✓		✓		✓				
	De trabajo traseras			✓		✓		✓		✓		✓				
CABINA	Cabina Antivuelco(R.O.P.S)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Cinturon de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓				
	Extintor (20 Lb) PQS				X		X		X		X		X			
	Asiento			✓		✓		✓		✓		✓				
	Mandos de avance			✓		✓		✓		✓		✓				
	Indicadores(Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, horometro, aceite -motor, combustible)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Control de ingreso de humo(tubo de escape)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Alarma de Retroceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pito			✓		✓		✓		✓		✓				
	Escaleras y apoyos de acceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Espejo Retrovisor central (convexo)															
	Estado de pedales			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de mandos manuales			✓		✓		✓		✓		✓				
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidráulicas(sin fugas).			✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de cilindros			✓		✓		✓		✓		✓				
	Llantas en buen estado															
	Mecanismo de viraje			✓		✓		✓		✓		✓				
	Dirección(terminales, bomba hidráulica)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Motor(fugas, aseo, ruidos raros)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pasadores y tornillos en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓				
	Bateria (cables bornes, niveles)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Frenos(de servicio, de parqueo)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Resguardos			✓		✓		✓		✓		✓				

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Inspeccionado por: Pedro Riaño

Cargo: Operador

Firma: Pedro Ri

UT URBANAS SSI 2023 Nit: 901779321-1	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL MINI CARGADOR	F10-094 VERSION: 1 31.08.2015

UT URBANAS SSI 2023

Fecha / Periodo: 07-10-2024 - 12-10-2024
Tipo de vehiculo / equipo: MINI CARGADOR 2JGD3
Nombre Operador: Pedro Riaño

ITEM	DESCRIPCION	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIÉ B	MIÉ M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SÁB B	SÁB M	DOM B	DOM M	OBSERVACIONES
LUCES	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓								
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓								
	Direccionales	✓		✓		✓		✓								
	De parqueo	✓		✓		✓		✓								
CABINA	Protección antivuelco	✓		✓		✓		✓								
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓								
	Extinguidor de incendios 10 Lbs PQS		X		X		X		X							
	Indicadores(Hidraulico, temperatura motor, corriente, horometro, aceite -motor)	✓		✓		✓		✓								
	Control ingreso humo (tubo de escape)	✓		✓		✓		✓								
	Asiento en buen estado	✓		✓		✓		✓								
	Vidrio panorámico en buen estado (Laterales)	.	X		X		X		X							no aplica
	Alarma de Retroceso	✓		✓		✓		✓								
	Pito	✓		✓		✓		✓								
	Apoyos de acceso	✓		✓		✓		✓								
	Espejos laterales		X		X		X		X							
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓								
	Palancas de mando en buen estado	✓		✓		✓		✓								
	Pedales en buen estado	✓		✓		✓		✓								
	Frenos(de emergencia, servicio)	✓		✓		✓		✓								
ESTADO MECANICO	Dirección(sin juego, vibración,ruidos raros)	✓		✓		✓		✓								
	Control de fugas hidráulicas, de aceite	✓		✓		✓		✓								
	Estado del balde (pasadores,dientes,operación)	✓		✓		✓		✓								
	Estado del brazo (pasadores, mangueras operación)	✓		✓		✓		✓								
	Estado de los gatos de estabilización	✓		✓		✓		✓								
	Frenos(balde, brazo, compactador, taladro)	✓		✓		✓		✓								
	Mandos de levante del brazo	✓		✓		✓		✓								
	Estado(balde, brazo, compactador, taladro)															
	Brazos del cucharón (pasadores, cilindros)															
	Operación del cucharón															
	Frenos del brazo y del cucharón															
LLANTAS	Estado(sin abultamientos, cortadas, lisas)															
	Huellas en buen estado>5 mm	✓		✓		✓		✓								

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Inspeccionado por: Pedro Riaño
Cargo: Operador
Firma: Pedro R.

UT URBANAS SSI 2023	INSPECCIÓN VEHICULOS Y/O EQUIPOS	VERSION: 1 OCTUBRE DE 2016

UT URBANAS SSI 2023

Fecha / Período: 15-19-10-2024

Tipo de vehiculo / equipo: VOLQUETAS TTR 859

Nombre Operador: Omar Gonzalez

ITEM	DESCRIPCION	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIÉ B	MIÉ M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SAB B	SAB M	DOM B	DOM M	OBSERVACIONES
LUCES	De Trabajo delanteras			✓		✓		✓		✓		✓				
	Direccionales			✓		✓		✓		✓		✓				
	De trabajo traseras			✓		✓		✓		✓		✓				
	Stop			✓		✓		✓		✓		✓				
	Exploradoras			No tiene												
CABINA	Indicadores (refrigerante, amperímetro, presión aceite -motor, velocímetro)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Cinturón de seguridad			✓												
	Extintor de incendios 20 Lbs PQS			No tiene												
	Botiquin (Alcohol, gasas, algodón, curitas, agua oxigenada, isodine, alka seltser, sal de frutas, milanta, aceteminofen, gotas oticas, vendas, yisina)			No tiene												
	Puertas (vidrios, seguros, manijas)				X		X		X		X		X			
	Asiento en buen estado				X											
	Vidrio panorámico en buen estado			parti				do				Cal	pico			
	Limpiavidrios			✓		✓		✓		✓		✓				
	Alarma de retroceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pito				X		X		X		X		X			
	Espejos laterales			✓		✓		✓		✓		✓				
	Espejo central			✓		✓		✓		✓		✓				
	Equipo de carretera completo				X		X		X		X		X			
	Palancas de mando (sencilla y doble si aplica)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Frenos (de emergencia y servicio)			✓		✓		✓		✓		✓				
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidráulicas				X		X		X		X		X			
	Dirección (sin juegos, ruido, etc)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Seguro de la compuerta de tolva)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Mando de levante del platón			✓		✓		✓		✓		✓				
	Gatos (cilindro de levante de tolva)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Comportamiento del motor (fugas, ruidos, ralos, aseo)			Fugas de Aceite												
	Batería (niveles,bornes,cables, tapa)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Tanque de combustible (tapa,fugas)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Cadena del cardán			✓		✓		✓		✓		✓				
LLANTAS	Delanteras (Estado físico no lisas, sin cortaduras profundas, sin abultamientos)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Traseras (Estado físico no lisas, sin cortaduras profundas, sin abultamientos)			✓		✓		✓		✓		✓				
	Llanta de repuesto			✓		✓		✓		✓		✓				

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Nombre conductor: Omar Gonzalez		Licencia de Conducción:	
Placa: TTR-859	Marca: Kenworth		Modelo:
SOAT(Vence): 12-09-2024	Poliza(Vence):		
Revisión Técnico mecánica: (Vence) 11-09-2024		Certificado Emision de gases:	

Inspeccionado por: Omar Gonzalez. **Firma:**

Cargo: volquetero

UT URBANAS SSI 2023

INSPECCION PREOPERACIONAL DE VOLQUETA

CODIGO: HSE-F-42
VERSION: 01
FECHA: 9.08.2017
PAGINA: 1DE 1

SEMANA DEL __ AL __ DE ____ 2024 N.1 dia 30-09-05-10 | VEHICULO: Volqueta
CONTRATO No | COLOR: Verde
CONDUCTOR: Diego Sandoval | PLACA: TAQ 359
LICENCIA: C2 | MODELO: 2013

ITEM	PARTE INSPECCIONADA	Lunes B	Lunes M	Martes B	Martes M	Miércoles B	Miércoles M	Jueves B	Jueves M	Viernes B	Viernes M	Sábado B	Sábado M	Domingo B	Domingo M
1	Cabina antivuelo (ROPS) Certificada											✓			
2	Pito											✓			
3	Alarma de retroceso											✓			
4	Cinturones de seguridad											✓			
5	Freno de servicio											✓			
6	Freno de emergencia											✓			
7	Dirección / Suspención (Terminales)											✓			
8	Espejos laterales											✓			
9	Puertas en buen estado	Puerta del conductor cae													
10	Espejo central convexo					No tiene									
11	Extintor de incendio (10 Lbs PQS)		Vencido												
12	Asiento en buena codición											✓			
13	Indicadores (Hidráulico - Horómetro - Aire - Aceite Motor- Refrigerante - Corriente)											✓			
14	Escaleras y pasamanos											✓			
15	Bateria y cables en buen estado											✓			
16	Limpiabrisas con agua											✓			
17	Vidrio frontal (en buen estado)											✓			
18	LLANTAS											✓			
19	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)											✓			
20	ESTADO MECANICO														
21	Control de fugas hidráulicas / refigerante											✓			
22	Pasadores en buen estado											✓			
23	Control de fugas de aire											✓			
24	Gatos de lente Volqueta											✓			
25	Compuerta Volqueta											✓			
26	Sistema electrico aislado														
27	LUCES											✓			
28	Frontales de trabajo											✓			
29	Direccionales delanteras de parqueo / giro											✓			
30	Direccionales traseras de parqueo / giro											✓			
31	De Stop y señal trasera											✓			
32	Traseras de trabajo (reflector)											✓			
33	OTROS														
	Firma de conductor											Diego			
	Firma de supervisor o insp. HSE														
	Galones x dia de ACPM														
	KM Recorrido en el dia														

OBSERVACIONES: Vidrio frontal esta Roto, * Gato de lanza esta con un poco de fuga

UT URBANAS SSI 2023
Nit: 901779321-1

INSPECCION DE PULIDORAS

CODIGO: HSE-F-15
VERSION: 02
FECHA: 5 DE ENERO 2018
PAGINA: 1 DE 1

Proyecto: "MEJORAMIENTO DE VIAS URBANAS DEL DEPARTAMENTO INCLUYE: MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS MUNICIPIO DE GUEPSA SANTANDER; PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER; CONSTRUCCION DE REDES DE ALCANTARILLADO SANTARIO Y PLUVIAL Y MEJORAMIENTO DEL CORREDOR VIAL DEL TRAMO COMPREWDIDO ENTRE EL BARRIO LOS ALMENDROS Y LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER; MANTENIMIENTO Y PAVIMENTACION DE LA VIA URBANA CARRERA PRIMERA QUE COMUNICA LOS MUNICIPIO DE SAN GIL Y PINCHOTE MUNICIPIO DE SAN GIL."

Equipo o Herramientas a Inspeccionar: Polidora Modelo: DWE-491-163 Serial: 84350
Nombre del operador del Equipo: Ronaldo Escobar
Nombre del Inspector: Ingrid Rubio Martinez
Semana del: 7 al 12 de Octubre 2024

CONDICIONES A INSPECCIONAR	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sabado		Domingo	
	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC
Se cuenta con permiso de trabajo					✓		✓		✓					
Esta contemplado el uso de esta herramienta en el ATS					✓		✓		✓					
Se estan utilizando los EPP apropiados (careta facial,anteojos de protección protección auditiva, guantes en cuero guantes para soldador capuchon)					✓		✓		✓					
El área de trabajo se encuentra libre de materiales inflamables (papel, plásticos, gasolina)					✓		✓		✓					
La pulidora posse guarda de protección bien instalada y manija de sujección en buen estado					✓		✓		✓					
El cable de alimentación eléctrica se encuentra en buen estado. (sin remiendos o enmendaduras, encauchetado y sin quemaduras)					✓		✓		✓					
La extensión eléctrica se encuentra en buen estado					✓		✓		✓					
Los dispositivos de encendido (perilla y botones) funcianan correctamente					✓		✓		✓					
El disco a usar es el correcto en RPM con respecto al equipo					✓		✓		✓					
El disco se encuentra entero y sin fisuras					✓		✓		✓					
La contratuerca se encuentra enrrosca y sujeta correctamente					✓		✓		✓					
El dispositivo de encendido funciona correctamente					✓		✓		✓					
El operador tiene experiencia en el uso de estos equipos					✓		✓		✓					
Existe extintor en el área y se encuentra cargado					✓		✓		✓					
El personal sabe como utilizar el extintor					✓		✓		✓					

SC: SI Cumple NC: No Cumple

Observaciones:

Firma del Operador del Equipo: RONALD ESCOBAR Firma del Supervisor:

UT URBANAS SSI 2023 Nit. 901779321-1	**INSPECCION DE TRONSADORA**	CODIGO: HSE-F-28 FECHA: 23.07.2010 VERSION: 01 PAGINA: 1 DE 1

UT URBANAS SSI 2023

Nombre del operador del Equipo: Euer Santiago Zarate

Nombre del inspector: Ingrid Rubio Martinez

Semana del: 7 al 12 de Octubre 2024

CONDICIONES A INSPECCIONAR	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sabado		Domingo	
	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC	SC	NC
el sitio de trabajo se encuentra despejado para realizar la actividad					✓				✓					
Esta contemplado el uso de esta herramienta en el ATS y/o instrutivo					✓				✓					
Se estan utilizando los EPP apropiados (protección protección auditiva, proteccion visual, guantes)					✓				✓					
El área de trabajo se encuentra libre de materiales inflamables (papel, plásticos, gasolina)					✓				✓					
se encuentra la base fija en buen estado					✓				✓					
El cable de alimentación eléctrica se encuentra en buen estado. (sin remiendos o enmendaduras, encauchetado y sin quemaduras)					✓				✓					
La extensión eléctrica se encuentra en buen estado					✓				✓					
Los dispositivos de encendido (perilla y botones) funcionan correctamente					✓				✓					
El disco a usar es el correcto en RPM con respecto al equipo					✓				✓					
El disco se encuentra entero y sin fisuras					✓				✓					
La contratuerca se encuentra enrosca y sujeta correctamente					✓				✓					
El dispositivo de encendido funciona correctamente					✓				✓					
El operador tiene experiencia en el uso de estos equipos					✓				✓					
Existe extintor en el área y se encuentra cargado					✓				✓					
El personal sabe como utilizar el extintor					✓				✓					

SC: Si Cumple **NC:** No Cumple

Observaciones: Serie 39576

Firma del Operador del Equipo: EverSantiago Zarate Firma del Inspector:

UT URBANAS SSI 2023	INSPECCIÓN VEHICULOS Y/O EQUIPOS	F10-078
		VERSION: 1
		31.08.2015

UT URBANAS SSI 2023

Fecha / Período: 7 al 12 de Octubre 2024
Tipo de vehiculo / equipo: COMPACTADOR CANGURO
Código Interno: 3068444
Nombre Operador: Pedro Sanchez

ITEM	DESCRIPCION	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIÉ B	MIÉ M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SAB B	SAB M	DOM B	DOM M	OBSERVACIONES
ESTADO MECANICO	Motor					✓										
	Filtros					✓										
	Corona de arranque del motor					✓										
	Tanque combustible					✓										
	Estado de las guayas					✓										
	Estado de las zapatas					✓										
	Estado de los guarda polvos					✓										
	Fugas de aceite					✓										
	Fugas de combustible					✓										
	Extintor de 20 lbs					—										
	Sistema eléctrico					✓										
	Tubo de admisión					✓										
	Sistema de escape					✓										
	Niveles de aceite					—										
	Kit ambiental					—										

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Inspeccionado por: Pedro
Cargo: Oficial
Firma: Pedro Sanchez

UT URBANAS SSI 2023	**INSPECCIÓN VEHICULOS Y/O EQUIPOS**	F10-081
		VERSION: 1
		31.08.15

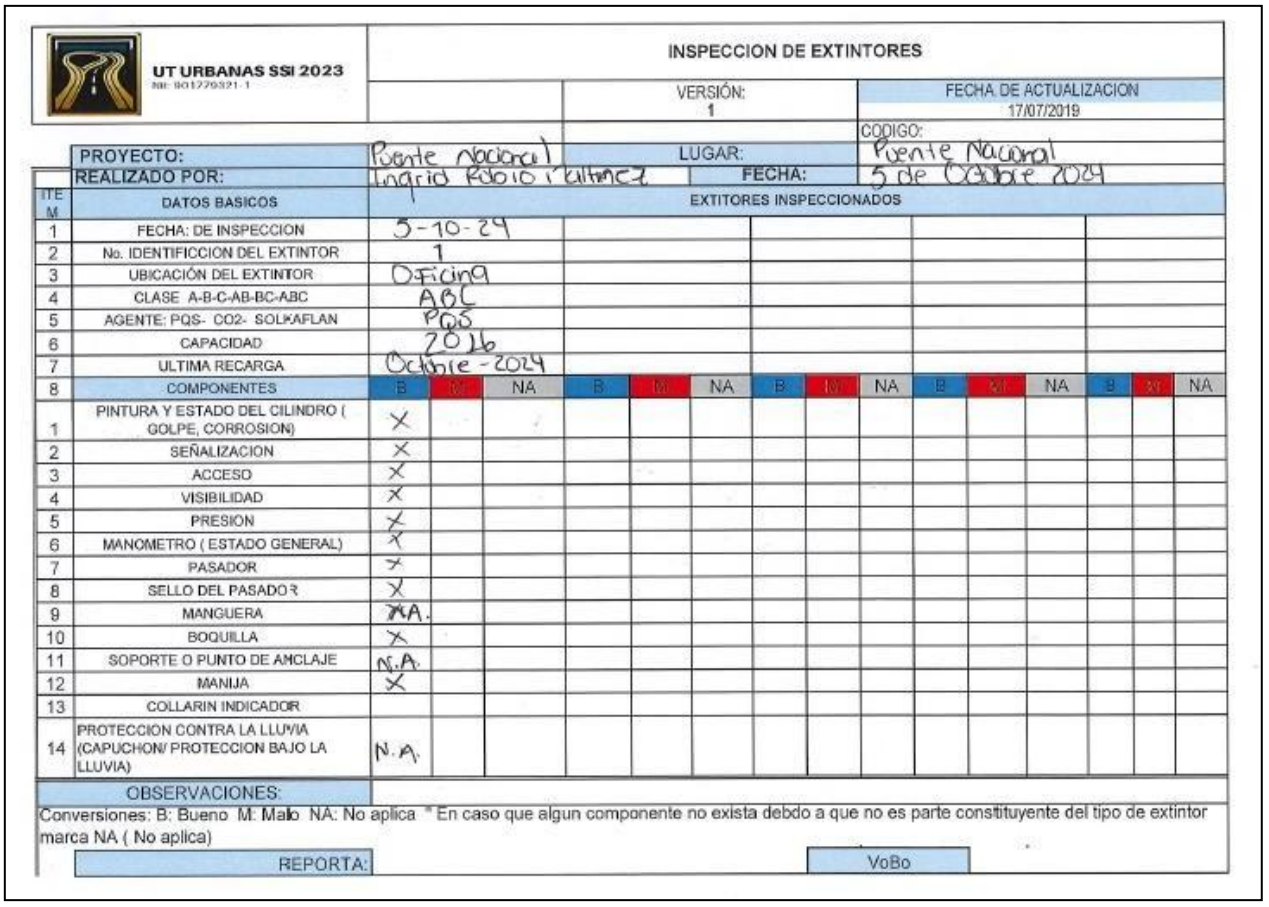
UT URBANAS SSI 2023

Fecha / Período: 15 al 20 de Octubre 2024
Tipo de vehiculo / equipo: GENERADOR ELECTRICO
Código Interno: GE 8500DE
Nombre Operador: Pedro Sanchez

ITEM	DESCRIPCION	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIÉ B	MIÉ M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SÁB B	SÁB M	DOM B	DOM M	OBSERVACIONES
ESTADO MECANICO	Motor			✓						✓						
	Soportes de motor			✓						✓						
	Motor de arranque			✓						✓						
	Corona de arranque del motor			✓						✓						
	Sistema de encendido eléctrico			✓						✓						
	Alternador			✓						✓						
	Sistema eléctrico			✓						✓						
	Sistema de encendido eléctrico			✓						✓						
	Generador			✓						✓						
	Soporte de generador			✓						✓						
	Niveles de aceite			✓						✓						
	Fugas de aceite			✓						✓						
	Estado del tanque del combustible			✓						✓						
	Fugas de combustible			✓						✓						
	Estado del radiador			✓						✓						
	Conexiones eléctricas en buen estado			✓						✓						
	Puestas a tierra			✓						✓						
	Indicadores, (horometro, Temperatura)			✓						✓						
	Bateria			✓						✓						
	Estado de los cables de la batería			✓						✓						
	Exhosto			✓						✓						
	Control de emisión			✓						✓						
	Guardas(alternador, correas y otras artes móviles)			✓						✓						
	Mangueras Combustible			✓						✓						
	Nivel de Ruido < 110 dBA			✓						✓						
	Insonorización (aislamiento ruido)			✓						✓						
	Control Antivibraciones (Patines)			✓						✓						
	Tablero de conexiones aterrizado y con protección para la lluvia			✓						✓						
	Caja de Totalizadores			✓						✓						
	Extintor pqs - 20 lbs			✓						✓						
OTROS	Se cuenta con kit ambiental			✓						✓						
	Se cuenta con buena señalización			✓						✓						
	El area donde se encuentra instalado el generador cuenta con dique			✓						✓						

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Inspeccionado por: Pedro
Cargo: Oficial
Firma: Pedro Sanchez



UT URBANAS SSI 2023
Nit: 901279321-1

INSPECCION DE EXTINTORES

	VERSIÓN: 1	FECHA DE ACTUALIZACION	17/07/2019
		CODIGO:	
PROYECTO:	Puente Nacional	LUGAR:	Puente Nacional
REALIZADO POR:	Ingrid Rocio Martinez	FECHA:	5 de Octubre 2024

ITEM	DATOS BASICOS	EXTITORES INSPECCIONADOS														
1	FECHA: DE INSPECCION	5-10-24														
2	No. IDENTIFICCION DEL EXTINTOR	1														
3	UBICACIÓN DEL EXTINTOR	Oficina														
4	CLASE A-B-C-AB-BC-ABC	ABC														
5	AGENTE: PQS- CO2- SOLKAFLAN	PQS														
6	CAPACIDAD	20lb														
7	ULTIMA RECARGA	Octubre-2024														
8	COMPONENTES	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA
1	PINTURA Y ESTADO DEL CILINDRO (GOLPE, CORROSION)	X														
2	SEÑALIZACION	X														
3	ACCESO	X														
4	VISIBILIDAD	X														
5	PRESION	X														
6	MANOMETRO (ESTADO GENERAL)	X														
7	PASADOR	X														
8	SELLO DEL PASADOR	X														
9	MANGUERA	N.A.														
10	BOQUILLA	X														
11	SOPORTE O PUNTO DE ANCLAJE	N.A.														
12	MANIJA	X														
13	COLLARIN INDICADOR															
14	PROTECCION CONTRA LA LLUVIA (CAPUCHON/ PROTECCION BAJO LA LLUVIA)	N.A.														

OBSERVACIONES:

Conversiones: B: Bueno M: Malo NA: No aplica * En caso que algun componente no exista debdo a que no es parte constituyente del tipo de extintor marca NA (No aplica)

REPORTA: VoBo

Observaciones: Todos los registros y soportes se encuentran archivados para su verificación

ANEXO N° 4 CAPACITACIONES Y CHARLAS

UT URBANAS SSI 2023	CONTROL DE ASISTENCIA	CODIGO: HSE-F-60 PAGINAS: 1 DE 1

Proyecto: "MEJORAMIENTO DE VÍAS URBANAS DEL DEPARTAMENTO INCLUYE: MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS MUNICIPIO DE GUEPSA SANTANDER; PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER; CONSTRUCCION DE REDES DE ALCANTARILLADO SANITARIO Y PLUVIAL Y MEJORAMIENTO DEL CORREDOR VIAL DEL TRAMO COMPRENDIDO ENTRE EL BARRIO LOS ALMENDROS Y LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER; MANTENIMIENTO Y PAVIMENTACION DE LA VIA URBANA CARRERA PRIMERA CON CORDOVA LOS MUNICIPIO DE SAN GIL Y RINCHOTE RONDEROS SAN GIL."

Fecha: 15 de Octubre 2024

Contrato: No 01.PCONTR6698831

Hora: 7:00am

Temas: COPASST - Socialización y elección del miembro del comite

Objetivo: Elegir miembro del comite - Funciones y responsabilidades

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Sergio ardila	Supervisor	
2	Alles Carmona	Oficial	
3	Luis Diego villamil	Ayudante	
4	Oscar Mauricio Arizo	Ayudante	
5	Carlos Gtrem M	obrero	
6	Nerildo Sanchez	Oficial	
7	Eve Santiago zarate	Ayudante	Santiago
8	RONALDO HUDDAR	OFICIAL	RONALDO
9	Pedro sanchez	oficial	Pedro
10	omar gonzalez	conductor	
11	Oruna Lorena Sierra	Ing. Residente	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Observaciones:

INSTRUCTOR: Ingrid Rubio Martinez Firma

UT URBANAS 681 2023

CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO: HSE-F-60
PAGINAS: 1 DE 1

Proyecto: "MEJORAMIENTO DE VÍAS URBANAS DEL DEPARTAMENTO INCLUYE: MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS MUNICIPIO DE GUEPSA SANTANDER; PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER; CONSTRUCCION DE REDES DE ALCANTARILLADO SANITARIO Y PLUVIAL Y MEJORAMIENTO DEL CARRETEON VIAL DEL TRAMO COMPRENDIDO ENTRE EL BARRIO LOS ALMENDROS Y LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER U/S EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER; MANTENIMIENTO Y PAVIMENTACION DE LA VIA URBANA CARRERA PRIMERA QUE CORRESPONDE LOS MUNICIPIO DE SAN GIL Y PARAGRAFO MUNICIPIO DE SAN GIL."

Fecha: 11 de Octubre 2024

Contrato No 01.PCCNTR5592631

Hora: 7:00 am

Tema: Actividad Ludica escucha activa (Horarios)

Objetivo: Sensibilización de escucha activa - Cumplimiento de Horarios

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Jorge Andres	Supervisor	
2	Arles Carmona J.	Oficial	
3	RONALDO ESCOBAR	OFICIAL	
4	Oscar Mauricio Ariza	Ayudante	
5	Luis Borgos Villamil	Ayudante	
6	Pedro Sanchez	Oficial	Pedro
7	Carlos Efren M	obrero	
8	Nosaldo Sanchez	oficial	
9	Evers Santiago Zarate	Ayudante	Santiago Zarate
10	Faber Guerrero	Topografo	
11	Diana Lorena Sierra	Ing. Residente	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Observaciones:

INSTRUCTOR: Ingna Pabio Martinez Firma

UT URBANAS SGI 2023

CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO: HSE-F-60
PAGINAS: 1 DE 1

Proyecto: "MEJORAMIENTO DE VÍAS URBANAS DEL DEPARTAMENTO INCLUYE: MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS MUNICIPIO DE GUEPSA SANTANDER; PAVIMENTACION DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NACIONAL SANTANDER; CONSTRUCCION DE REDES DE ALCANTARILLADO SANITARIO Y FLUVIAL Y MEJORAMIENTO EL CORREDOR VIAL DEL TRAMO COMPRENDIDO ENTRE EL BARRIO LOS QUEBRADOS Y LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER, MANTENIMIENTO Y PAVIMENTACION DE LA VIA URBANA CARRERA PRIMERA QUE CONECTA LOS MUNICIPIO DE SAN GIL Y PINCHOTE MUNICIPIOS SAN GIL"

Fecha: 10 de Octubre 2024

Contrato: No 01.PCCNTR5683831

Hora: 6:00 am

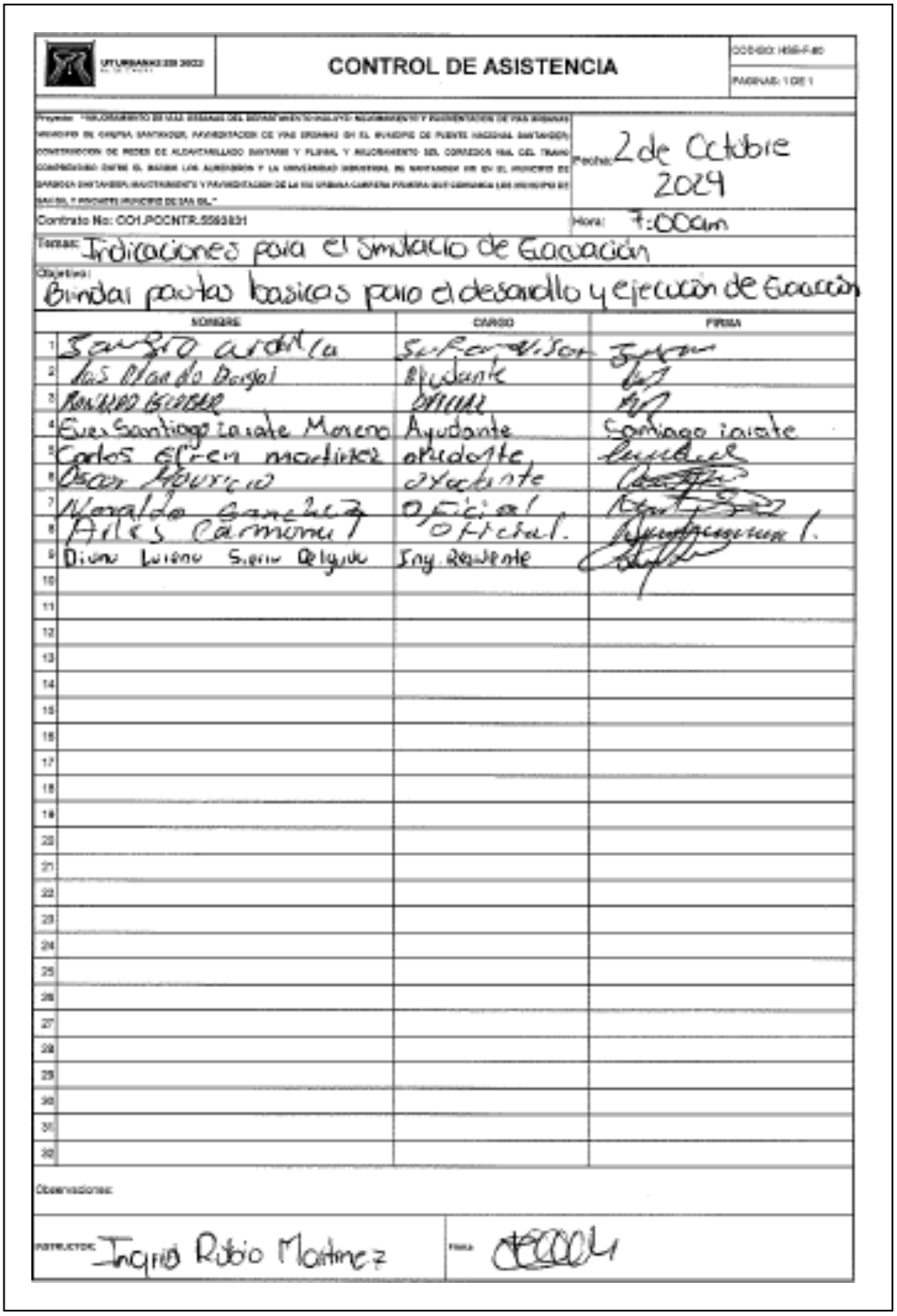
Temas: Uso responsable de Agua - Punto de Hidratacion

Objetivo: Concientizar al personal del uso de agua que se tiene para hidratacion de la jornada.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Even Santiago Conde	Ayudante	Santiago
2	Carlos Efren martinez	estudiante	
3	[illegible]	OFICIAL	
4	Pedro Riaño	operador	
5	Oscar Mauricio Anza	Ayudante	
6	Jose Borgo villamil	Ayudante	
7	Heraldo Sanchez	Oficial	
8	Diego Lucero Sierra Delgado	Ing. Residente	
9	Pedro sanchez	oficial	Pedro
10	Jorge Andres	Supervi	
11	Arles Carmona L.	oficial	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Observaciones:

INSTRUCTOR: Ingrid Rubio Martinez Firma



CONTROL DE ASISTENCIA

CÓDIGO: HSE-F-80
PÁGINA: 1 DE 1

Proyecto: "MEJORAMIENTO DE VIAS URBANAS DEL MUNICIPIO MEDIANTE EL MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACIÓN DE VIAS URBANAS MUNICIPIO DE CHIPATA, SANTANDER, PAVIMENTACIÓN DE VIAS URBANAS EN EL MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER, CONSTRUCCIÓN DE REDES DE ALCANTARILLADO SANITARIO Y PLUVIAL Y MEJORAMIENTO DEL CORREDOR VIAL DEL TRAMO COMPRENDIDO ENTRE EL BARRIO LOS ALMENDROS Y LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER, MANTENIMIENTO Y PAVIMENTACION DE LA VIA URBANA CARRERA PRIMERA QUE COMUNICA LOS MUNICIPIOS DE SAN GIL Y PINCHOTE MUNICIPIO DE SAN GIL."

Fecha: 2 de Octubre 2024

Contrato No: 001/PCONTR-5593831

Hora: 7:00am

Tema: Indicaciones para el Simulacro de Evacuación

Objetivo: Brindar pautas basicas para el desarollo y ejecución de Evacuación

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Sergio Ardila	Supervisor	
2	Luis Alfredo Bargal	Ayudante	
3	Rolando Gelvez	Ayudante	
4	Eves Santiago Zarate Moreno	Ayudante	Santiago zarate
5	Carlos Efren martinez	ayudante	
6	Oscar Mauricio	Ayudante	
7	Wenaldo Gonzalez	Oficial	
8	Aires Carmona	Oficial.	
9	Diana Liliana Sierra Delgado	Ing Residente	
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

Observaciones:

INSTRUCTOR: Ingrid Rubio Martinez FIRMA:

Observaciones: Todos los registros y soportes se encuentran archivados para su verificación

ANEXO N° 5 REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

UT URBANAS SSI 2023

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Oficial

Yo Pedro sanchez identificado con cedula N° 13791966 certifico haber recibido por parte de UT URBANAS los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE VAQUETA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X		X	X	X	X	Caucho		7-10-24	Pedro
	X							Negras	18-10-24	Pedro

utilizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado. en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS
POR LA EMPRESA

UT URBANAS SSI 2023

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Ayudante

Yo Carlos Elian MC identificado con cedula N° 1361246416 certifico haber recibido por parte de UT URBANAS los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X			X		X	X		25-09-24	
						+			04-10-24	
	X			X				Negras	18-10-24	

utilizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado. en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS
POR LA EMPRESA

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Ayudante

Yo Oscar Mauricio identificado con cedula Nº 780 355 1937 certifico haber recibido por parte de **UT URBANAS** los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X			X		X	X			
						X			04-10-24	
				X					11-10-24	
	X			X				Negras	18-10-24	

utizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado. en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Ayudante

Yo Erick Santiago Zarate Moreno identificado con cedula Nº 1053329167 certifico haber recibido por parte de **UT URBANAS** los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X			X		X	X			Santiago Zarate
						X			04 de octubre	Santiago zarate
				X					11-10-24	Santiago zarate
				X				Negras	18-10-24	Santiago zarate
	X									

utizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado. en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Oficial

Yo ROLANDO ESCOBAR Identificado con cedula N° 1065899974 certifico haber recibido por parte de UT URBANAS los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X			X		X	X		26-09-24	
			X	X	X				11-09-24	ROLANDO
	X							Negras	18-10-24	ROLANDO

utilizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado. en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS
POR LA EMPRESA

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Oficial

Yo Giles Carmona A Identificado con cedula N° 94361321 certifico haber recibido por parte de UT URBANAS los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
✓	✓			✓	✓	✓	✓		25-09-24	Giles Carmona
				X					11-10-24	Giles Carmona
	X							Negras	18-10-24	Giles Carmona

utilizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado. en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS
POR LA EMPRESA

UT URBANAS SSI 2023

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Soldador

Yo Jorge Ardila Identificado con cedula N° 91.181788 certifico haber recibido por parte de **UT URBANAS** los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X			X		X	X		25-09-24	
	X							Negras	18-10-24	

utilizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado, en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA

UT URBANAS SSI 2023

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBRA: Puente Nacional CARGO: Oficial

Yo Noraldo Sanchez Identificado con cedula N° 13615753 certifico haber recibido por parte de **UT URBANAS** los siguientes elementos de protección personal:

ELEMENTO									FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CASCO	MONOGAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OIDOS	GUANTE DE CARNAZA	GUNTE DE CAUCHO	DOTACION (CHAQUETA Y PANTALON)	BOTAS DE SEGURIDAD	OTRO CUAL		
X	X			X		X	X		25-09-24	
						X			04-10-24	
	X							Negras	18-10-24	

utilizarlos cada que este expuesto al riesgo a proteger y a darles el uso adecuado, en el momento de retiro del cargo los debo devolver completamente limpios.

LA SEGURIDAD TAMBIÉN DEPENDE DE USTED, PROTÉJASE.
UTILICE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA

Observaciones: Todos los registros y soportes se encuentran archivados para su verificación